

PATHOLOGIE PARASITAIRE D'IMPORTATION EN HAUTE-GARONNE

*(3 ans de surveillance chez les travailleurs migrants
et les étudiants originaires d'outre-mer)*

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

DIPLOME D'ÉTAT

Présentée et soutenue publiquement en Janvier 1974

par

Alain VAN ELSTRAETE

Membres du Jury

MM. J. MONNIER

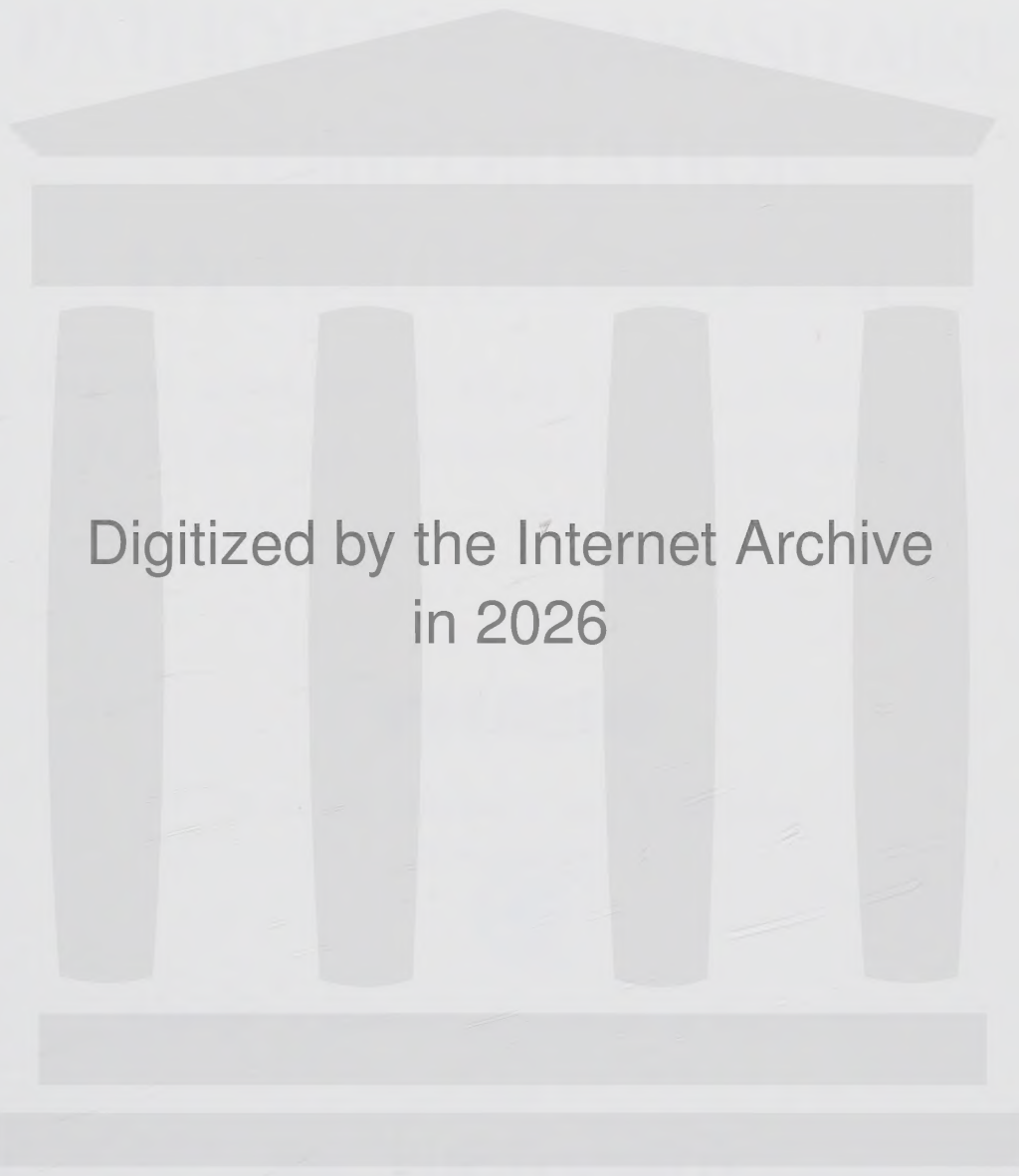
Président

M. ARMENGAUD
M.B. LARENG
G. LARROUY

Assesseurs

J.P. SEGUELA

Suppléant



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546614_0051

PATHOLOGIE PARASITAIRE D'IMPORTATION EN HAUTE-GARONNE

*(3 ans de surveillance chez les travailleurs migrants
et les étudiants originaires d'outre-mer)*

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

DIPLOME D'ÉTAT

Présentée et soutenue publiquement en Janvier 1974

par

Alain VAN ELSTRAETE

Membres du Jury

MM. J. MONNIER

Président

M. ARMENGAUD
M.B. LARENG
G. LARROUY

Assesseurs

J.P. SEQUELA

Suppléant

PATHOLOGIE PARASITAIRE D'IMPORTATION EN HAUTE-CARONNE

(3 ans de surveillance chez les travailleurs migrants
et les étudiants originaires d'outre-mer)

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine



Présentée et soutenue publiquement en janvier 1974

par

Alain VAN ELSTRAËTE

Président

MM. J. MONNIER

Assesseurs

M. ARMENGAUD
M. LARÉNG
G. LARROUY

Membres du Jury

Suppléants

J.P. SECURIA

UNIVERSITE PAUL SABATIER

Président de l'Université
1^{er} Vice-Président
2^e Vice-Président

M. LARENG
M. MATHIS
M. MARTIN

TABLEAU DU PERSONNEL

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DES SCIENCES MEDICALES

Directeur de l'Unité des Sciences Médicales M. MONNIER
Toulouse-Purpan
Directeur de l'Unité des Sciences Médicales M. ENJALBERT
Toulouse-Rangueil

HONORARIAT

Doyen honoraire	M. CALVET
Doyen honoraire	M. BRUSTIER
Doyen honoraire	M. LAZORTHES
Professeur honoraire	M. VALLOIS
Professeur honoraire	M. TAPIE
Professeur honoraire	M. DELAS
Professeur honoraire	M. RISER
Professeur honoraire	M. BUGNARD
Professeur honoraire	M. VINCENT
Professeur honoraire	M. MOREL
Professeur honoraire	M. BOUISSET
Professeur honoraire	M. CALMETTES
Professeur honoraire	M. THOMAS
Professeur honoraire	M. LAGROT
Professeur honoraire	M. DESFORGES-MERIEL
Professeur honoraire	M. FABRE P.
Professeur honoraire	M. JAHIER
Professeur honoraire	M. SENDRAIL
Professeur honoraire	M. PONS
Professeur honoraire	M. SOREL

PROFESSEURS

Clinique Médicale et Cardiologique	M. DARDENNE	Purpan
Clinique Médicale Sud	M. GADRAT	Purpan
Clinique Chirurgicale	M. GEDEON	Rangueil
Clinique Chirurgicale A et Gynécologie	M. POULHES	Rangueil
Clinique Chirurgicale B et du Cancer	M. GRIMOUD	Purpan
Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédie	M. PASQUIE	Purpan
Clinique Chirurgicale Orthopédique et Traumatologie	M. FICAT	Rangueil
Clinique de Chirurgie Cardio-vasculaire	M. ENJALBERT	Rangueil
Cliniques des Maladies Cutanées et Syphilitiques	M. BAZEX	Purpan
Clinique des Maladies des Voies urinaires	M. LHEZ	Rangueil
Cliniques des Maladies Infectieuses	M. ARMENGAUD	Purpan
Clinique Médicale Enfants et Puériculture	M. DALOUS	Purpan

Clinique Médicale de la première enfance	M. REGNIER	Purpan
Clinique de Neuro-Chirurgie	M. LAZORTHES G.	Rangueil
Clinique Neurologique et Psychiatrique	M. GERAUD	Rangueil
Clinique Obstétricale	M. PONTONNIER	Rangueil
Clinique Odonto-Stomatologique	M. CADENAT	Rangueil
Clinique Ophtalmologique	M. DEODATI	Rangueil
Clinique O.R.L. et Chirurgie maxillo-faciale	M. CLAUX	Purpan
Clinique de Pneumo-phthisiologie	M. DELAUDE	Purpan
Clinique Rhumatologique	M. RUFFIE R.	Purpan
Accouchement et Obstétricie Sociale	M. MONROZIES	Purpan
Anatomie	M. BASTIDE	Purpan
Anatomie Pathologique	M. FABRE J.	Purpan
Anatomie Appliquée	M. JUSKIEWNSKI	Rangueil
Anesthésie et Réanimation	M. LARENG L.	Purpan
Bactériologie et Virologie	Mme ENJALBERT	Rangueil
Biophysique Médicale A	M. AUVERGNAT	Purpan
Biophysique Médicale B	M. BRU	Rangueil
Cardiologie Clinique et Expérimentale	M. CALAZEL	Rangueil
Biochimie Médicale	M. VALDIGUIF	Purpan
Electro-Radiologie	M. ROULLEAU	Rangueil
Embryologie Générale	M. BROUSSY J.	Purpan
Hématologie	M. BIERME	Rangueil
Histologie	M. BIMES	Rangueil
Hydrologie, Thérapeutique et Climatologie	M. DENARD	Purpan
Hygiène et Médecine Sociale	M. MONNIER	Purpan
Immunologie	M. DUCOS	Purpan
Médecine Légale et Médecine du Travail	M. GREZES-RUEFF	Purpan
Pathologie Chirurgicale	M. DAMBRIN	Purpan
Pathologie Générale et Médecine Expérimentale	M. BOULARD	Purpan
Pathologie Médicale	M. RIBAUT	Purpan
Physiologie	M. BESSOU	Purpan
Physiologie Appliquée et Pharmacologie	M. BAISET	Rangueil
Sémiologie et Clinique Médicale	M. LAPORTE J.	Purpan
Thérapeutique	M. DARNAUD	Rangueil

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Anatomie Pathologique	M. BOUISSOU	Rangueil
Biochimie Médicale	M. DOUSTE-BLAZY	Rangueil
Dermatologie-Vénérologie	M. DUPRE	Rangueil
Histologie et Embryologie	M. GUILHEM	Rangueil
Histologie et Embryologie	M. PLANEL	Purpan
Neurologie et Neuro-Psychologie	M. RASCOL	Purpan
Physiologie et Pharmacologie	M. MONTASTRUC	Purpan
Pneumo-Phthisiologie	M. MIGUERES	Rangueil
Médecine Interne	M. LE TALLEC	Rangueil
Psychiatrie	M. GAYRAL	Purpan
Ophtalmologie	M. BEC	Purpan

Médecine Générale	M. ARLET	Rangueil
Neuro-Chirurgie	M. ESPAGNO J.	Purpan

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie Pathologique	M. FABRE Jean	Purpan
Bactériologie, Parasitologie, Virologie	Mme LARENG M.B.	Purpan
Biochimie Médicale	M. VALDIGUIE Pierre	Rangueil
Carcinologie	M. ESTRADÉ	Purpan
Chirurgie Générale	M. GAUBERT	Purpan
Chirurgie Générale	M. SARRAZIN	Rangueil
Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire	M. ESCHAPASSE	Purpan
Médecine Générale et Thérapeutique	M. BES	Rangueil
Médecine Générale et Thérapeutique	M. BOLLINELLI	Purpan
Médecine Générale Thérapeutique	M. SUC	Rangueil
Médecine Générale	M. RIBET	Rangueil
Physiologie	M. GERAL	Rangueil

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Anatomie Pathologique	M. RUMEAU J.L.	Rangueil
Anesthésiologie	M. VIRENQUE C.	Rangueil
Bactériologie-Virologie	Mme DIDIER	Rangueil
Biophysique	M. REGIS	Rangueil
Biophysique	M. GUIRAUD R.	Purpan
Cancérologie	M. CARTON M.	Rangueil
Cardiologie	M. BERNADET	Rangueil
Cardiologie	M. BOUNHOURE	Rangueil
Chirurgie Générale	M. ESCAT J.	Rangueil
Chirurgie Générale	M. GOUZI	Rangueil
Chirurgie Générale	M. COSTAGLIOLA	Purpan
Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire	M. PUEL	Rangueil
Gynécologie et Obstétrique	M. PONTONNIER G.	Rangueil

Hépatogastro-Entérologie	M. PASCAL	Purpan
Histologie, Embryologie, Cytogénétique	M. SOLEILHAVOUP	Purpan
Médecine Interne	M. FEDOU R.	Purpan
Médecine du Travail	M. PUJOL M.	Purpan
Néphrologie	M. CONTE J.	Purpan
Neurochirurgie	M. LAZORTHES Y.	Rangueil
Neurologie	M. GUIRAUD-CHAUMEL	Purpan
O.R.L.	M. LACOMME	Purpan
Orthopédie, Traumatologie, Chirurgie	M. UTHEZA G.	Purpan
Plastique		
Parasitologie	M. LARROUY	Purpan
Pédiatrie Génétique Médicale	M. ROCHICCIOLI	Rangueil
Pneumo-Phthisiologie	M. ALBAREDE J.L.	Purpan
Pneumo-Phthisiologie	M. JOVER	Rangueil
Physiologie	M. PAGES B.	Purpan
Psychiatrie	M. MORON P.	Rangueil
Radiologie	M. COMBES P.	Purpan
Radiologie	M. PUTOIS	Purpan
Rhumatologie	M. FOURNIE A.	Purpan
Thérapeutique, Réanimation Médicale,	M. SALVADOR M.	Purpan
Rééducation fonctionnelle et Hydrologie		
Urologie	M. PONTONNIER F.	Purpan

AGREGES LIBRES

Chirurgie Générale	M. SOUQUET	Purpan
Pathologie Expérimentale	M. GLEIZES	Purpan
Obstétrique	M. ESPAGNO G.	Rangueil

ADMINISTRATION

Secrétaire Général de l'Université	M. PRINEAU
------------------------------------	------------

Liste arrêtée le 17.10.1973

A tous les miens

A mes amis

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur J. MONNIER
Professeur d'Hygiène et de Médecine Sociale
Médecin des Hôpitaux
Directeur UER des Sciences Médicales Toulouse-Purpan

Vous nous avez accueilli dans votre laboratoire avec une extrême
bienveillance et nous vous en remercions.

Vous avez su nous apporter au cours de nos études, un enseignement
d'une grande clarté.

Nous vous exprimons notre profonde gratitude pour l'intérêt que
vous avez porté à notre travail et pour le grand honneur que vous
nous faites en acceptant la présidence de notre jury de thèse

A NOTRE JURY DE THESE

Monsieur le Professeur M. ARMENGAUD
Professeur de Clinique des maladies infectieuses
Médecin des Hôpitaux

Notre passage dans votre service hospitalier est et restera un fait marquant de notre vie.

Nous admirons votre haute compétence clinique, la richesse de vos connaissances et votre profond sens de l'humain.

Par vos qualités vous nous avez donné le goût de notre métier

Recevez ici le témoignage de notre dévouement et de notre profond attachement.

Madame le Professeur M. B. LARENG
Professeur de Bactériologie et de Virologie
Biologiste des Hôpitaux

Nous avons profité de la qualité de votre enseignement au cours de nos études médicales.

Nous vous remercions de l'accueil que vous nous avez réservé dans votre laboratoire, et du grand honneur que vous nous faites en acceptant d'être aujourd'hui notre juge.

Monsieur le Professeur G. LARROUY
Maître de Conférence Agrégé de Parasitologie
Biologiste des Hôpitaux

Nous sommes très touché de l'honneur que vous nous avez fait en nous confiant ce travail et en le guidant.

Nous nous souvenons de la clarté de votre enseignement.

Nous vous remercions de nous avoir ouvert les portes de votre laboratoire.

Veuillez trouver ici le témoignage de notre gratitude et de notre reconnaissance.

Monsieur le Docteur J. P. SÉGUÉLA
Maître de Conférences (délégué)
Biologiste des Hôpitaux

Nous avons eu, en maintes circonstances, l'occasion d'apprécier votre grande gentillesse.

Nous vous sommes très reconnaissant d'avoir bien voulu juger notre travail.

A tout le personnel du laboratoire de Parasitologie, et plus particulièrement à

Monsieur G. CARRÉ

pour sa grande disponibilité et sa sympathique collaboration.

PATHOLOGIE PARASITAIRE D'IMPORTATION

EN HAUTE-GARONNE

3 ans de surveillance chez les travailleurs migrants
et les étudiants originaires d'outre-mer

S O M M A I R E

INTRODUCTION

CHAPITRE I : LE TRAVAILLEUR MIGRANT : ORGANISATION SANITAIRE PATHOLOGIE PARASITAIRE D'APPORT.

I - POLITIQUE DE L'IMMIGRATION

A - Cadre prévu en 1945

- 1) Introduction régulière
- 2) Régularisation

B - Politique actuelle

II - L'O.N.I.

- 1 - Organisation
- 2 - La sélection

III - STRUCTURES D'ACCUEIL

A - Les Associations d'étrangers

- 1) Associations espagnoles
- 2) Associations portugaises
- 3) Associations italiennes
- 4) Associations algériennes.

B - Organismes de promotion humaine

- 1) Association toulousaine pour la promotion
du travail
- 2) Centre Régional d'Etudes et de Promotion
du travail
- 3) Migrants et promotion
- 4) Le 103
- 5) Le Service Civil International

- 6) Amicale pour l'enseignement des étrangers
- 7) Association pour l'Association et le perfectionnement dans la région Midi-Pyrénées
- 8) Syndicats
- 9) Comité de Coordination pour la promotion des quartiers en difficulté de Toulouse et sa région.
- 10) Commission d'Aide aux Nords-Africains en Métropole.

C - Services Médicaux et sociaux

- 1) Service Social de la Main d'Oeuvre Etrangère
- 2) Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale
- 3) Les dispensaires d'hygiène sociale
- 4) Bureau d'Aide Sociale
- 5) Service Social des malades du CHU de Toulouse
- 6) Caisse d'Allocations Familiales

IV - LA VISITE D'EMBAUCHE

V - VISITES DE CONTROLE

VI - PATHOLOGIE PARASITAIRE D'IMPORTATION CHEZ LE TRAVAILLEUR MIGRANT

A - Les Maladies parasitaires

- 1) Parasite à transmission génitale
- 2) Parasites disséminés par les fèces
- 3) Parasites d'origine animale
- 4) Parasites transmis par des arthropodes
- 5) Les mycoses

B - Tableaux pratiques

CHAPITRE II : L'ETUDIANT D'OUTRE-MER : L'ENQUETE PARASITOLOGIQUE

I - ORGANISATION DES EXAMENS PARASITAIRES

A - L'O.C.A.U.

B - Historique de l'organisation des examens parasitaires

C - Solutions apportées à Toulouse

- 1) Solutions aux difficultés d'ordre disciplinaire
- 2) Solutions aux difficultés d'ordre financier
- 3) Solutions aux problèmes d'ordre psychologique
- 4) Solutions à l'uniformisation des critères médicaux

D - Convocation des étudiants

- 1) Décret du 3 août 1942
- 2) Décret du 11 avril 1946
- 3) Cas des étudiants originaires de zones parasités

II - METHODES DE DEPISTAGE

A - L'examen clinique

B - Les examens biologiques

- 1) Examen de sang
- 2) Examen des urines
- 3) Examen des selles
- 4) Examen mycologiques

III - LE FICHIER

CHAPITRE III : STATISTIQUES

I - LES TRAVAILLEURS MIGRANTS

A - La population

- 1) Origine
- 2) Mode d'Immigration des travailleurs permanents
- 3) Activité collective principale
- 4) Personnes entrées en France au titre de
l'immigration familiale

B - Pathologie parasitaire d'importation

- 1) Nombre des examens pratiqués
- 2) Polyparasitisme
- 3) Fréquence des différents parasites

II - LES ETUDIANTS D'OUTRE-MER

A - Population

- 1) Nombre total des étudiants étrangers à Toulouse
- 2) Nombre des étudiants intéressés par le travail
- 3) Nombre des étudiants originaires des Territoires d'Outre Mer
- 4) Population étudiée.

B - Pathologie parasitaire d'importation

- 1) Répartition en fonction de l'origine géographique

C - Taux d'infestation des étudiants examinés

D - Polyparasitisme

E - Fréquence des différents parasites

F - Hyperéosinophilie

CHAPITRE IV : SYNTHESE ET MESURES SOUHAITABLES

I - DANGERS REPRESENTES PAR CE PARASITISME

A - Pour le français

B - Pour le parasité étranger

II - INTERETS SOCIOLOGIQUES DU DEPISTAGE

III - MESURES SOUHAITABLES

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

L'Europe, de par une nature peu hostile et un brassage incessant des diverses composantes de sa population, a eu longtemps le privilège sur les autres contrées du globe, de pouvoir créer une civilisation dominante, basée sur les communications, sur les échanges qui ont vu naître la science et la technique.

De par cette situation, elle a longtemps régné en maître sur différents pays moins développés et donc plus faibles ; c'était alors l'époque du "colonialisme".

Depuis quelques années ou dizaines d'années, les différentes contrées dites "sous-développées" ont pris conscience de leur situation récessive et, par la voie de la diplomatie ou des armes, ont acquis leur "indépendance", ont fait triompher leur "nationalisme".

Ces peuples n'ont malheureusement pas encore la solide assise technique et intellectuelle qu'est celle des pays Européens, et ils ont de ce fait à surmonter de nombreuses difficultés, tant pour l'emploi que pour la formation de leurs cadres.

C'est pourquoi beaucoup de pays d'Afrique, d'Asie ou d'Amérique latine se tournent encore vers leurs anciennes puissances dominantes et envoient leurs futurs cadres dans les Universités Européennes.

Parallèlement, le recours à une main d'oeuvre étrangère apparaît de plus en plus comme un élément essentiel à la capacité de production, au développement et à la survie des pays évolués.

Cet afflux de population originaire d'Outre-Mer a pour corollaire l'essor que prend actuellement sous nos climats la pathologie dite d'importation non parasitaire, lèpre, trachôme, choléra, hémoglobinopathies et surtout parasitaires, helminthiases et protozooses.

Malheureusement, l'organisation sanitaire de notre pays est mal préparée à cet état de chose, et ses structures ne permettent pas une lutte radicale ou tout au moins suffisamment efficace contre ces affections importées.

C'est pourquoi nous avons essayé de mettre en lumière les tares et imperfections de ce système, par une étude dans la Haute-Garonne, portant sur 1970, 1971 et 1972, d'une population étrangère, composée d'étudiants et de travailleurs migrants.

Quatre grands chapitres pourront être dégagés de ce travail :

- Dans le premier, nous décrirons l'organisation sanitaire actuellement mise en place pour le travailleur migrant, et tracerons un bref tableau des différentes parasitoses dont ceux-ci pourraient être porteurs.

- Dans un second temps, nous exposerons les différentes facettes du contrôle médical auquel les étudiants étrangers sont soumis, les moyens de dépistage utilisés par le laboratoire de parasitologie, et les méthodes de classement des résultats recueillis.

- En troisième lieu, nous retranscrirons les données purement statistiques intéressant cette période de trois années.

- Dans le quatrième chapitre enfin, nous essaierons de mettre en relief, à la lumière des différents paramètres collectés et analysés précédemment, les conséquences épidémiologiques éventuelles de ce flux migratoire, les mesures qu'il importerait de prendre et les imperfections du système sanitaire qu'il serait bon de faire disparaître.

CHAPITRE I

LE TRAVAILLEUR MIGRANT : ORGANISATION SANITAIRE

PATHOLOGIE PARASITAIRE D'APPORT

I - POLITIQUE DE L'IMMIGRATION

Au sortir de la deuxième guerre mondiale, la remise en marche de l'économie française imposait le recours aux travailleurs étrangers.

L'ordonnance du 2 novembre 1945 règlementait l'entrée et le séjour des étrangers en France, et créait l'Office National d'Immigration (O.N.I.), à travers lequel le processus migratoire devenait monopole de l'Etat

A - Cadre prévu en 1945

1) Introduction régulière :

=====

a) Etrangers relevant du statut général :

Il s'agit de travailleurs en provenance d'Espagne, du Maroc, de Tunisie, de Yougoslavie et de Turquie.

L'ordonnance du 2 novembre 1945 et le décret du 5 juin 1946 imposent aux travailleurs étrangers une autorisation de travail fournie, avant leur départ, par la mission de l'O.N.I. dans leur pays après une sélection professionnelle et médicale.

b) Etrangers soumis à un statut particulier :

- Les travailleurs algériens sont en règle lorsqu'ils sont possesseurs de la carte d'autorisation de travail délivrée par l'Office National Algérien de la Main-d'Oeuvre (ONAMO) après un contrôle médical identique à celui de l'ONI.

- Les ressortissants d'un état membre de la CEE (Communauté Economique Européenne) peuvent circuler librement sous le couvert de leur carte nationale d'identité pendant 3 mois. Passé ce délai, ils doivent subir un contrôle médical leur permettant l'obtention d'une "carte de séjour de ressortissant d'un Etat membre de la CEE" valable pendant 5 ans et renouvelable.

- Les travailleurs en provenance des pays non signataires d'accords de circulation (Républiques du Cameroun, du Congo "Brazzaville", de la Guinée, du Tchad, Centrafricaine, Gabonaise et Malgache), même s'ils viennent en France avec l'intention d'y travailler, ne sont pas soumis à une visite médicale préalable à leur venue sur notre territoire.

Toutefois, leurs employeurs s'exposent à l'action récusoire des organismes de sécurité sociale prévue par l'article L 161 du code de la sécurité sociale s'ils n'ont pas demandé aux services de l'ONI de leur faire subir une visite médicale en France.

- Les travailleurs en provenance des Etats d'Afrique Noire francophone ayant signé une convention de circulation avec la France (Côte d'Ivoire, Mali, Sénégal, Togo, Niger, Mauritanie, Haute Volta, Dahomey) doivent subir dans leur pays d'origine un contrôle sanitaire passé devant un médecin agréé par les autorités consulaires françaises.

2) Régularisation

=====

Rebutés par les formalités administratives ou craignant d'être éliminés à la suite du contrôle médical et professionnel de l'ONI, bon nombre de travailleurs étrangers préfèrent entrer en France par leurs propres moyens et ne possèdent pas de cartes de séjour.

Cette immigration clandestine est importante puisqu'en 1970 elle représentait 80 % du total des travailleurs permanents.

De plus, bon nombre d'employeurs français enbauchent aisément ces travailleurs directement, heureux par là-même de ne pas avoir à se plier aux formalités de l'ONI.

Cet état de fait a deux conséquences :

- l'existence, tout d'abord d'une population étrangère mal contrôlée sanitaire ;
- la création, ensuite, d'une population marginale, exploitée et mal rémunérée.

Tout cela signe le constat d'échec de l'attitude dirigiste de 1945. C'est pourquoi le Gouvernement a réajusté sa politique de l'immigration.

B - Politique actuelle

Elle a été définie, dans ses principes, en novembre 1970 par Mr. J. FONTANET, Ministre du Travail de l'Emploi et de la Population :

"Une politique d'immigration doit être consciente, cohérente et concertée".

a) Consciente : c'est-à-dire qu'elle va réduire les mouvements spontanés :

"... Des instructions ont été données aux services préfectoraux de refuser aux étrangers qui, entrés en France" "sans visa d'établissement, sollicitent leur admission" "ou séjour en vue d'exercer une profession salariée" "quel que soit le secteur de leur activité, la délivrance de tout titre de séjour..."

b) Cohérente :

- entre l'utilité économique de l'immigration et l'effort social à accomplir ;
- par la confrontation entre la politique d'immigration et la politique générale de l'emploi.

c) Concertée :

" Il est exclu que l'Etat puisse tout faire et" "surtout tout faire par lui-même".

Concertation d'action donc entre l'Etat et :

- les syndicats :

"... en réduisant l'écart de fait qui s'établit"

"trop souvent entre les travailleurs nationaux"

"et les travailleurs immigrés"

- les employeurs : qui ne devraient pas se laisser aller aussi aisément à favoriser l'immigration irrégulière

- et l'opinion française,

"... l'intégration du travailleur étranger"

"ne pouvant trouver finalement sa solution"

"que par le concours de tous".

II - L'O. N. I.

Créé par le décret du 2 novembre 1945, l'Office National d'Immigration (ONI) est un établissement public à caractère administratif, financièrement autonome (19).

Il possède des services en France et à l'étranger.

1 - ORGANISATION

a) Le Service Central :

Par son service médical, il assure le contrôle et la sélection médicale des travailleurs étrangers.

b) Missions à l'étranger :

Elles ont leur siège dans les pays avec lesquels la France a passé des accords de main-d'oeuvre ; ce sont : l'Espagne, l'Italie, le Maroc, le Portugal, la Tunisie, la Turquie et la Yougoslavie.

c) Centre régionaux :

Ils sont installés à Paris, Lyon, Nancy, Toulouse et Tourcoing.

II - LA SELECTION MEDICALE

Elle est assurée par les missions de l'O.N.I. à l'étranger pour les travailleurs introduits et par les centres régionaux en France pour les travailleurs régularisés.

L'examen médical comporte :

a) Un interrogatoire : Il est souvent difficile à mener essentiellement pour des raisons linguistiques, et il recherche :

- l'ulcère
- la colique néphrétique
- un épisode dépressif
- l'épilepsie
- une affection rhumatologique
- un antécédent d'hospitalisation
- une maladie exotique, trachôme, teigne, etc...

b) Un examen clinique :

- Examen cardiaque avec prise du pouls et de la T.A.
- Examen ophtalmologique : à la recherche d'un trachôme
- Examen digestif : du foie, des orifices herniaires
- Percussion et palpation splénique
- Inspection des organes génitaux externes
- Recherche des troubles trophiques d'origine veineuse (oedème, ulcère variqueux)
- Recherche des réflexes achilléens et rotuliens
- Examen soigneux du système locomoteur

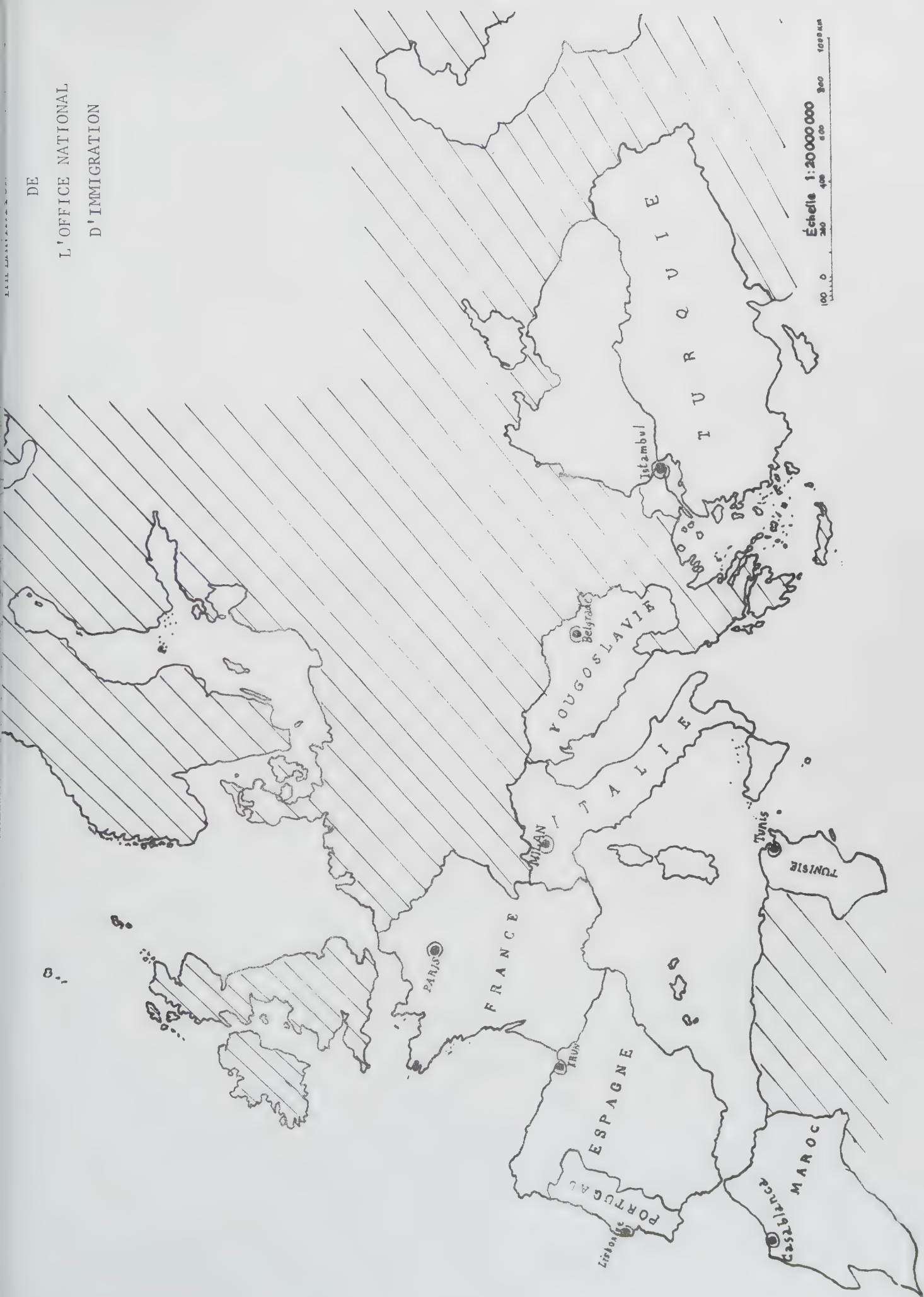
c) Un examen de laboratoire : à la recherche :

- de glycosurie
- de protéinurie
- sérologie syphilitique (B.W.) dans un laboratoire agréé

d) Un examen radioscopique :

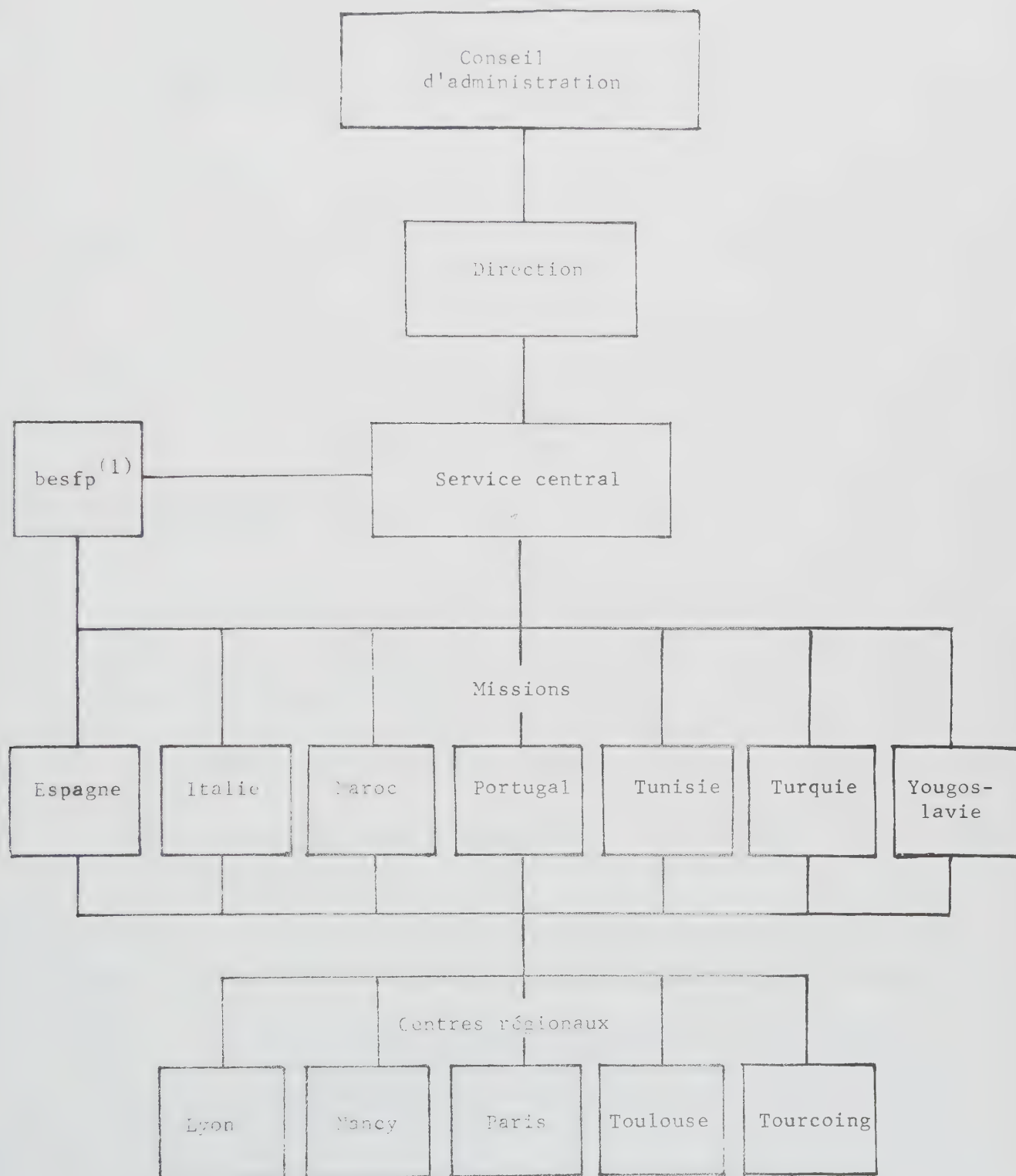
- Radioscopie pulmonaire

DE
L'OFFICE NATIONAL
D'IMMIGRATION



O. N. I.

Organigramme



(1) Bureau d'études de la sélection et de la formation professionnelle.

e) Vérification de la vaccination anti-variolique :

qui doit dater de moins de 3 ans.

Au terme de cet examen de sélection, la décision d'aptitude ou d'inaptitude à la profession est prise pour le travailleur migrant.

. NOTA BENE

Pendant un temps, l'ONI a pratiqué la recherche systématique de la bliharziose urinaire chez les travailleurs d'Afrique Noire.

Mais la constatation de l'existence d'une atteinte à *Shistosoma haematobium* pour 45 % des sujets, et le fait que cette affection ne peut entraîner une déclaration d'inaptitude au travail, ont eu pour conséquence l'abandon de cet examen (18).

III - STRUCTURES D'ACCUEIL

Afin de cerner la description de l'organisation sanitaire mise en place pour les travailleurs migrants, il convient de citer les diverses structures d'accueil qui existent à Toulouse, et qui représentent un des meilleurs facteurs d'adaptation pour la main d'oeuvre étrangère (3).

Nous ne ferons que les envisager brièvement.

A - LES ASSOCIATIONS D'ETRANGERS

1 - Associations espagnoles :

- Centre Espagnol de Toulouse, 31 rue des Châlets, qui a des fonctions d'assistance sociale, éducative, culturelle, récréative.
- La Paroisse espagnole, rue Pharaon, à soutien moral.
- La Confédération Nationale du Travail, 4 rue de Belfort, à tendance anarchiste, à but politique et social
- Union générale des Travailleurs, 71 rue du Tarn, à action syndicale et sociale
- Spanish Refugee Aid, 13 rue de Thionville, apolitique
- Acogida Espagnola, 2 rue de la Daurade dont l'action est basé sur l'information des migrants espagnols

- Polyclinique Joseph Ducuing, 15 rue de Varsovie, qui comprend un dispensaire, un service de chirurgie (40 lits) et un service de médecine (40 lits). C'est une association à but non lucratif.

- Solidarité Internationale antifasciste, 4 rue de Belfort, qui vient en aide aux réfugiés de toutes les nations.

2 - Associations portugaises :

- Centre culturel portugais, 20 rue St-Ursule, apolitique, à activités culturelles et sociales,

- Club des portugais, 125 av. de Fronton, avec ses sections sportive, culturelle, d'action sociale.

3 - Associations italiennes :

- Mission catholique italienne, 1 place Sainte Scarbe, qui a pour but une assistance spirituelle, morale et sociale aux Italiens,

- Association éducative franco-italienne, 49 rue du Taur, qui a une activité éducative exclusivement.

4 - Associations algériennes : 17 rue des Sept Troubadours

- Amicale des Algériens en Europe, à action éducative, sociale et culturelle.

B - ORGANISMES DE PROMOTION HUMAINE

1 - Association toulousaine pour la promotion du travail (ATPT), 16 rue Auber, dont la fonction essentielle est l'alphabétisation.

2 - Centre Régional d'Etudes et de Promotion de Travail (CREPT) dont le but est également l'alphabétisation.

3 - Migrants et promotion, 5 place de la Daurade, à même activité

4 - Le 103 : 39 rue Peyrolières, qui lutte contre le sous-développement et la violence.

5 - Le Service Civil International (SCI) 76 av. de Fronton, qui donne des cours d'alphabétisation

6 - Amicale pour l'enseignement des étrangers (AEE), 5 rue Lubéda, qui a pour but de donner un enseignement primaire

7 - Association pour la formation et le perfectionnement dans la région Midi-Pyrénées (ASFO) 11 bd. des Récollets

8 - Syndicats : CGT, CFDT : participent à l'alphabétisation

9 - Comité de Coordination pour la promotion des quartiers en difficulté de Toulouse et sa région 3, rue de Rennes

10 - Commission d'Aide aux Nord-Africains en Métropole (CANAM), 8 rue du Pont de Tounis qui aide les Nord-Africains à s'intégrer dans la vie Nationale

C - SERVICES MEDICAUX ET SOCIAUX

1 - Service Social de la Main-d'Oeuvre Etrangère (SSMOE)
Cité Administrative, Bâtiment C, bd Armand Duportal, qui aide les migrants à résoudre leurs difficultés d'ordre administratif.

2 - Direction Départementale de l'Action Sanitaire et sociale (DDASS), cité Administrative, bâtiment F, bd Armand Duportal, dont les services prennent le relais de la SSMOE et de la CANAM et s'occupent des problèmes sociaux, économiques, sanitaires et psychologiques.

3 - Les dispensaires d'hygiène sociale qui s'occupent des problèmes d'hygiène mentale et de vénérologie et collaborent avec le CHU et le SSMOE, la CANAM et l'ONI pour assurer les visites médicales, la prophylaxie de la tuberculose et des maladies vénériennes.

4 - Bureau d'Aide Sociale (BAS), 2 bis rue de Belfort

5 - Service Social des malades du CHU de Toulouse, qui s'occupe des malades pendant et après leur hospitalisation

6 - Caisse d'Allocations Familiales, 7 rue des Arts, qui représente l'aide financière.

IV - LA VISITE D'EMBAUCHE

La visite d'embauche est faite par un médecin du travail, au moment de l'entrée du travailleur migrant dans une entreprise.

Elle vise à porter la décision d'aptitude ou d'inaptitude du travailleur à un poste particulier dans une entreprise donnée.

La recherche d'oeufs d'Helminthes ou de Protozoaires dans les selles n'est entreprise que lorsque le migrant doit être affecté à un poste touchant la préparation alimentaire (cantines, restaurants).

Quant à l'examen hématologique, malgré son intérêt dans le dépistage des maladies parasitaires par la découverte d'une hyperéosinophilie, il n'est légalement indiqué que dans la surveillance des travailleurs exposés aux intoxications saturnines et benzoliques (18).

V - VISITES DE CONTROLE

Après l'examen médical subi avant l'embauchage, tout salarié est obligatoirement tenu à un examen médical au moins une fois par an (Décret du 13 juin 1969).

VI - PATHOLOGIE PARASITAIRE D'IMPORTATION CHEZ LE TRAVAILLEUR MIGRANT

Afin d'envisager les incidences épidémiologiques des parasitoses liées à l'installation en France de travailleurs migrants, nous les envisagerons succinctement les unes après les autres, puis, dans un tableau nous essaierons de classer les principales d'entre elles en fonction du pays ou de la contrée d'origine du migrant.

A - LES MALADIES PARASITAIRES

Nous considèrerons successivement, selon leur mode de dissémination, cinq groupes de parasites :

- les parasites à transmission génitale
- les parasites disséminés par les fèces
- les parasites d'origine animale
- les parasites transmis par les arthropodes
- les agents des mycoses

1 - Parasite à transmission génitale

Le seul parasite de cette classe est Trichomonas vaginalis qui se manifeste cliniquement par une vaginite chez la femme et une uréthrite chez l'homme.

Ce parasite sévit en France et Michel LARIVIERE ainsi que Jean-Jacques ROUSSET (5) ont bien fait ressortir que sa fréquence n'a pas été accrue par la migration.

2 - Parasites disséminés par les fèces

Ce groupe comprend de nombreux parasites ; leur prolifération et leur dissémination nécessitent des conditions climatiques et telluriques particulières.

C'est pourquoi, leur fréquence est d'autant plus importante que le niveau d'hygiène est moins élevé.

a) Parasites existant depuis toujours en France

- Lamblia : elle est responsable de troubles digestifs, à type de colite, de diarrhées et de signes de la série hépatobiliaire. Elle est due à un flagellé intestinal de l'espèce Giardia intestinalis.

- Oxyurose : due à Enterobius vermicularis, elle est fréquente surtout chez les enfants.

- Ascaridiose : due à Ascaris lumbricoides, touche volontiers les Antillais et les Maghrébins. Sur le plan clinique, elle peut donner lieu à des signes pulmonaires à type de syndrome de Loeffler en début d'évolution.

Il est à noter que la fréquence de l'Ascaridiose en France est proportionnelle au défaut d'hygiène et à la médiocrité de l'assainissement.

C'est pour cette raison que, si le taux de contamination de cette parasitose est en augmentation dans certaines régions du fait de l'afflux de travailleurs migrants, la responsabilité de ceux-ci n'est pas évidente.

- Trichocéphaloses : elles sont dues à Trichiuris trichiura. Absente de pathogénicité, sa dissémination est également proportionnelle au défaut d'hygiène.

Les constatations épidémiologiques exposées à propos de l'ascaridose leur sont également applicables.

- Taeniasis : dû à Taenia saginata. Sa fréquence est en augmentation depuis quelques années du fait d'une consommation croissante, par la population française, de viande de boeuf saignante.

b) Parasites d'importation

- Amibiase : due à Entamoeba histolytica : cette protozoose est très répandue dans les pays chauds. Son implantation est possible dans notre pays, mais il faudrait des conditions climatiques si particulières et des facteurs de dissémination si concordants qu'une implantation massive est peu envisageable.

Cependant, quelques notions doivent être présentes à l'esprit à propos de cette parasitose :

- en premier lieu le fait qu'un facteur essentiel à son développement est un défaut d'hygiène par insuffisance d'assainissement et lutte inefficace contre le péril fécal.

- en second lieu que les porteurs aux "mains sales" représentent un danger certain, du fait de la survie possible des kystes d'Entamoeba histolytica pendant cinq minutes à la surface des mains et quarante cinq minutes sous les ongles.

- les résultats enfin d'enquêtes épidémiologiques déjà effectuées qui montrent que la contamination doit être le plus souvent rattachée à des cas importés.

Ce sont les raisons pour lesquelles furent notés de nombreux cas d'amibiase dans les camps de prisonniers en Allemagne durant la guerre 39-40.

- Ankylostomiase : due soit à Necator americanus, soit à Ankylostoma duodenale : elle est fréquente chez les noirs africains, les antillais et plus rare chez les maghrébins.

Les conditions de développement de ce parasite sont particulières :

- température relativement élevée : 22° à 25° centigrades
- présence d'un important contingent humain infecté et disséminant sur son sol humide.

C'est pourquoi l'ankylostomiase sévissait autrefois particulièrement dans les bassins houillers. La mise en application de mesures sanitaires et prophylactiques adéquates (dépistage et traitement systématique des parasites, toilettes sur les lieux de travail, épandage de sels à base de sodium et de calcium, disposition de latrines in situ) ont fait disparaître cette parasitose.

C'est le maintien de ces mesures qui doit permettre d'éviter une flambée épidémique secondaire à l'introduction en France de travailleurs migrants.

- Anguillulose ou Strongyloïdose : due à Strongyloïdes stercoralis : elle s'observe chez les Antillais, les noirs africains et chez quelques espagnols ou portugais.

Les larves d'anguillules, plus hydrophiles que celles d'ankylostomes, peuvent parvenir au stade infectieux dans l'eau douce à une température minimum de + 15°C.

Quelques cas d'anguillulose contractés dans des piscines ont été signalés en France (Département du Gers et de l'Aveyron).

Ces contaminations sont, pour l'instant, isolées et peu fréquentes, mais doivent cependant retenir l'attention des épidémiologistes.

D'autre part, Simone CARRE, dans sa thèse sur "La strongyloïdose humaine, parasitose d'importation", après une étude épidémiologique

de cette affection dans nos régions soulignait que : "... le problème primordial posé par les migrations de travailleurs ou d'étudiants étrangers en France est un problème sanitaire. Son importance ne concerne pas seulement la santé du malade, mais en fonction d'une infestation plus ou moins intense et si les conditions écologiques sont favorables, cette infestation peut être la source d'un essaimage dans le groupe d'accueil... qui constitue dans le cas de la strongyloïdose, une source permanente de contamination". (4)

- Les Bilharzioses sont au nombre de deux :

. La Bilharziose urinaire, due à Shistosoma haematobium qui affecte 50 % des Noirs africains transplantés. Elle touche encore certains Maghrébins et, rarement, certains Portugais. Les Antillais n'en sont jamais porteurs. Le diagnostic est basé essentiellement sur la découverte d'oeufs embryonnés dans les urines fraîchement émises.

. La Bilharziose intestinale est due le plus souvent à Shistosoma mansoni, rarement à Shistosoma intercalatum. Elle se voit également chez l'Africain. Chez l'Antillais, seule la bilharziose à Shistosoma mansoni est observée. Le diagnostic est basé principalement sur la découverte d'oeufs embryonnés dans les selles.

Les bilharzioses ont toute possibilité d'implantation en France, En effet, l'évolution du parasite exige le passage obligatoire par un mollusque dans des conditions climatiques et atmosphériques particulières. Ce mollusque est un hôte intermédiaire spécifique de cette parasitose. Or, ces conditions d'évolution peuvent être réunies dans nos régions.

3 - Parasites d'origine animale

a) Distomatose à Fasciola hepatica, ou douve du foie, est endémique dans certaines régions de France. Elle se contracte par consommation de cresson contaminé par les déjections d'ovins et surtout de bovins, réservoirs de parasites, qui éliminent les oeufs dans leurs matières fécales. Les oeufs évoluent chez un mollusque aquatique qui libère la forme infectante, laquelle va s'enkyster sur divers végétaux, et notamment le cresson.

La distomatose est rare en Afrique du Nord et n'existe pas en Afrique Noire.

Ce n'est donc pas une parasitose d'importation.

b) La toxoplasmose a, en France, un taux d'infection qui est le plus élevé du monde. Ce n'est donc pas non plus une parasitose d'importation.

Le danger, d'autre part, que représente l'infection toxoplasmique en période de gestation explique la nécessité d'information des familles des travailleurs migrants sur cette affection, transmise par le chien, le chat, la viande de porc, de mouton, de boeuf et les pigeons.

c) Les Hydatidoses : l'endémie hydatique à Ecchinococcus granulosus est peu importante en France, fréquente en Afrique du Nord, inexistante en Afrique Noire.

Elle présente peu d'intérêt épidémiologique, dans la mesure où l'homme est une impasse parasitaire en ce qui concerne cette affection.

Il en est de même de l'Echinococcose alvéolaire à Echinococcus multilocularis.

4 - Parasites transmis par des arthropodes

Pour évoluer et diffuser, ces parasites nécessitent un cycle double, partie chez l'homme, partie chez un arthropode, qui joue le rôle de vecteur. Chacune des parasitoses nécessite, pour se disséminer, l'existence d'un vecteur spécifique qui assurera la transmission dans des conditions thermiques impératives.

Ainsi :

- le Paludisme transmis par l'anophèle
- la Maladie du Sommeil, transmise par la mouche Tsé-Tsé
- les Leishmanioses, transmises par le phlébotome

- la Filariose de Bancroft, transmise par Culéx ou anophèles
- la Filariose à Loa-Loa, transmise par des taons du genre Chrysops
- la Filariose de Medine, transmise par ingestion de petits crustacés d'eau douce du genre Cyclops
- l'Onchocercose transmise par les simules.

a) Le Paludisme

Le paludisme à Plasmodium falciparum, agent de la fièvre tierce maligne, se manifeste sous forme de quelques accès de reviviscence durant les premiers mois de séjour en France. Des accès à Plasmodium vivax, agent de la fièvre tierce bénigne, ou à Plasmodium malariae, agent de la fièvre quarte, peuvent se rencontrer chez certains Maghrébins.

Le diagnostic de paludisme sera porté sur la constatation d'hématozoaires en frottis mince ou en goutte épaisse, le laboratoire pouvant recourir également aux techniques immunologiques (immunofluorescence surtout).

Le problème du paludisme peut se poser en France, car il y existe des anophèles dont certains peuvent jouer le rôle de vecteurs. Mais il faudrait un tel assemblage de paramètres particuliers pour qu'éclate une épidémie palustre que le risque en est minime.

Il faut rappeler et souligner, enfin, le danger de contamination transfusionnelle et tout paludéen doit être écarté comme donneur de sang.

b) La maladie du sommeil, trypanosomiase strictement africaine, s'avère fort rare chez nos transplantés. De plus, la présence en France de porteurs ne fait courir aucun risque à la population, les mouches Tsé-Tsé ne pouvant vivre que dans certaines régions de l'Afrique Noire.

c) La leishmaniose viscérale ou Kala-Azar est endémique en France dans cinq zones bien individualisées : la zone niçoise, la zone de

Marseille, la zone corse, la zone cévénole et la zone catalane. Elle sévit également dans de nombreuses régions du monde. L'introduction en France de souches provenant d'autres pays ne peut accroître l'endémie existante, chaque souche semblant très adaptée à son vecteur local.

d) La filariose de Bancroft due à Wuchereria bancrofti a cours dans la zone intertropicale d'Afrique, d'Amérique, d'Asie et d'Océanie, là où se trouvent exclusivement les culex ou anophèles spécifiques de cette affection.

Ici encore, le danger épidémiologique pour nos régions est nul.

Les microfilaires sont recherchés par frottis et goutte épaisse, au mieux vers 22 heures, étant donné leur périodicité nocturne.

e) La loase, filariose à Loa-Loa, est strictement localisée à certaines zones forestières d'Afrique, notamment le Golfe de Guinée.

Là encore, de par l'absence de chrysops en France, le danger épidémiologique est nul. De plus, cette parasitose sévit chez peu de transplantés.

Les microfilaires sont recherchées par frottis ou goutte épaisse au mieux vers 10 heures étant donné leur périodicité diurne.

f) L'Onchocercose, due à Onchocerca volvulus, est une filariose cutanéodermique des zones tropicales d'Afrique.

Son diagnostic repose sur la mise en évidence des filaires sur les échantillons recueillis par biopsie cutanée ou exérèse de nodules sous-cutanés.

Bien que fréquente chez les transplantés, le danger épidémiologique est nul, étant donné l'absence de simulies dans nos régions.

g) La filariose de Medine ou Dracunculose se rencontre en Arabie, en Syrie, en Iran, au Turkménistan, en Indes.

En Afrique, elle sévit surtout dans la vallée du Nil, au Tchad, au Niger et le long de la côte occidentale, de la Mauritanie jusqu'au Gabon.

En Amérique, elle ne se rencontre plus qu'à Trinidad, aux Antilles, dans les Guyanes ou au Brésil. Le diagnostic repose sur l'extirpation du ver le plus souvent au niveau des membres inférieurs, parfois au niveau des membres supérieurs, de la paroi thoracique, du cou, ou du scrotum.

Malgré l'existence de cyclops dans certains de nos lacs, le danger épidémiologique est pratiquement inexistant.

5 - Les mycoses

Ce sont des maladies causées par des champignons microscopiques. Certains peuvent s'adapter (*Trichophyton violaceum*), certains parasites existent en France. D'autres ne peuvent se multiplier que sous certains climats tropicaux ou subtropicaux et n'ont pas la possibilité de se développer dans notre pays (mycétomes en particulier).

D'une manière générale, l'endémie mycosique ne peut être modifiée par l'introduction de populations étrangères.

B - TABLEAUX PRATIQUES

Au terme de cet inventaire des affections parasitaires, il nous a semblé opportun de retranscrire deux tableaux qui, en reclassant les données qui ont été décrites précédemment, pourraient être utilisés comme éléments de base dans le diagnostic des affections parasitaires chez le migrant (21).

- le premier tableau traite des principales parasitoses à envisager selon l'origine du transplanté,
- le second détaille les examens à demander pour le diagnostic des différentes parasitoses.

Devant le catalogue de ces affections, les autorités sanitaires ont réagi assez tardivement, et un carnet de santé a été proposé en 1970. Mais l'utilisation de ce carnet n'est pas appliquée (18).

Lieu d'Origine	Protozooses	Helminthiases	Mycoses et Ectoparasitoses	Principales explorations			
				Peau	Sang	Selles	Urines
SENEGAL GUINÉE GUINÉE-BISSAU	Leishmaniose cutanée et viscérale (rare)	Taeniasis à T. solium Cysticercose Hydatidose Anguillulose Bilharziose urinaire (quelques rares foyers)	Teignes (enfants) Gale (enfants)	Eventuellement	Eventuellement	Eventuellement	Eventuellement
MAROC	Paludisme à P. vivax (rare) <u>Leishmaniose cutanée et viscérale</u> Amibiase	Ascaridiose (enfants) Ankylostomiase (en foyers) Bilharziose urinaire (en foyers) Taeniasis à T. saginata HYDATIDOSE	Teignes (enfants) Gale (enfants)	Eventuellement	Eventuellement	SYSTEMATIQUE- MENT	SYSTEMATIQUE- MENT
ANTILLES	AMIBIASE Paludisme (exceptionnel)	ANGUILLULOSE ANKYLOSTOMIASE ASCARIDIOSE BILHARZIOSE INTESTI- NALE (S. mansoni) FILARIOSE DE BANCROFT	Histoplasmoses américaines	Eventuellement	SYSTEMATIQUE- MENT	SYSTEMATIQUE- MENT	Inutile
AFRIQUE NOIRE	Paludisme à P. Falciparum Amibiase Trypanosomiase (rare)	ANGUILLULOSE ANKYLOSTOMIASE ASCARIDIOSE Filariose de Bancroft Loase ONCHOCERCOSE DRACUNCULOSE Filarioses non pathog. Taeniasis à T. saginata Bilharziose urinaire et intestinale (S. mansoni et S. in- terculatum)	Histoplasmoses africaines Mycétomes Pityriasis ver- sicolor	SYSTEMATIQUE- MENT	SYSTEMATIQUE- MENT	SYSTEMATIQUE- MENT	SYSTEMATIQUE- MENT

FACTEUR EXPLORÉ	EXAMEN A DEMANDER	AFFECTION RECHERCHEE
SANG	Formule leucocytaire (éosinophilie)	Helminthiase
	Frottis et goutte épaisse	Paludisme Trypanosomiase
	Leucoconcentration	Filarioses sanguicoles
URINUM	Réaction de fixation du complément Réaction d'agglutination ou d'héماغglutination Double immunodiffusion en gélose selon la méthode d'Ouchterlony Immunoélectrophorèse Electrosynérèse Immunofluorescence Réactions diverses avec antigènes vivants	Protozooses Helminthiases et Mycoses
FECULES	Examen direct	toutes parasitoses intestinales
	Enrichissements standards, type Ritchie, Janecko	toutes parasitoses intestinales
	Concentration coloration au MIF (Merthiolate)	Protozooses intestinales
	Extraction de Baermann	Anguillulose
CRISTALLINES	Examen direct Centrifugation	Bilharziose, parfois mycoses, rarement filarioses
EAU	Biopsie cutanée ou nodulaire	Onchocercose
	Frottis de suc dermique	Leishmaniose cutanée
	Scotch-Test IDR (après sérologie)	Pityriasis versicolor Mycoses

TABLEAU II

CHAPITRE II

L'ETUDIANT D'OUTRE-MER : L'ENQUETE PARASITOLOGIQUE

I - ORGANISATION DES EXAMENS PARASITAIRES

Du fait de la signature d'accords culturels entre la France et certains pays étrangers, nombreux sont les étudiants originaires de contrées où sévissent les parasitoses qui viennent en France, avec ou sans bourse, en vue d'y acquérir une formation intellectuelle.

Depuis 1960, cette migration est devenue très importante. Aussi, les pouvoirs publics se sont-ils inquiétés des problèmes particuliers que posait cette population croissante, et, par le Décret du 14 Avril 1962, ont fondé "l'Office de Coopération et d'Accueil Universitaire" (O.C.A.U.).

A - L'O.C.A.U.

Il a pour but de régenter l'action sociale des Pouvoirs Publics, auprès des ressortissants des états liés à la France par des accords de coopération. Il est chargé de distribuer les bourses d'études et de couvrir les éventuels frais médicaux.

B - Historique de l'Organisation des Examens parasitaires

C'est Mr le Professeur J.M. DOBY, titulaire de la chaire de Parasitologie et de Zoologie appliquée à la faculté de Médecine de Rennes qui, le 22 Juin 1962, après avoir constaté que plus de 60 % des étudiants africains étaient porteurs de parasitoses, alertait les Pouvoirs Publics : il montrait la nécessité d'inclure un examen parasitologique dans la visite médicale annuelle pour les étudiants originaires de zones géographiques parasitées (6).

Le 18 avril 1964, le Directeur de l'O.C.A.U. adressait à tous les recteurs d'université et à tous les professeurs titulaires d'une chaire de parasitologie la note suivante :

LS/DS

18 Avril 1964

Office de Coopération
et d'Accueil Universitaire
69, quai d'Orsay
Paris (7e)

NOTE

L'opportunité d'inclure des examens parasitologiques dans la visite médicale annuelle de la Prévention Universitaire pour les étudiants originaires de certaines zones géographiques.

RAISONS D'UNE ACTION MEDICALE SPECIALISEE EN CE DOMAINE

Les étudiants originaires de territoires situés en zones inter-tropicales fréquentent de plus en plus nombreux nos universités depuis ces dernières années. La pathologie de leur pays d'origine est en grande partie constituée par les affections parasitaires. Ces étudiants même après des séjours de longue durée en France, continuent à héberger les parasites, agents de ces affections.

Or, ils sont soumis aux seuls examens obligatoires pour les étudiants autochtones, examens systématiques qui ne tiennent absolument pas compte de la pathologie si particulière de leur pays d'origine.

Un problème sanitaire extrêmement grave se pose. D'abord pour eux-mêmes, certains agents parasitaires qu'ils hébergent, même à l'état chronique, exercent sur leur organisme des actions multiples (spoliatrice, toxinifère, irritative, bactéricifère, mécanique, etc...) susceptibles d'être à l'origine d'un amoindrissement de l'état général et d'une diminution sensible de leurs possibilités.

Un autre problème se pose, qui les concerne, non seulement eux, mais aussi leurs camarades européens qui vivent avec eux.

Plusieurs des agents des affections parasitaires qu'ils portent, nécessitent, pour leur cycle évolutif, pour leur transmission au sujet sain notamment, des conditions climatiques ou des hôtes vecteurs, qui ne se rencontrent pas sous nos climats. Mais certains, ceux de l'Amibiase notamment, trouvent dans nos régions des conditions nécessaires à leur dissémination et peuvent être, de ce fait, à l'origine de petites épidémies autochtones. D'ailleurs, l'Académie de Médecine a récemment voté des motions sur le danger présenté par les nombreux Africains séjournant actuellement en France, tant pour eux-mêmes que pour les Européens

GENESE DE L'ACTION ENTREPRISE PAR L'O.C.A.U.

L'O.C.A.U. assurant la gestion directe de près de 4 000 boursiers africains et malgaches et légalement tenu de s'intéresser au sort de près de 3 000 non boursiers de même origine devait très rapidement être conduit à faire face à ce délicat problème.

Au cours de la réunion annuelle des délégués académiques de L'O.C.A.U. en 1962, le délégué de Rennes fit état d'une initiative prise dans le cadre des activités d'accueil en liaison avec le Professeur DOBY, titulaire de la chaire de Parasitologie à la Faculté de Médecine. Les statistiques établies à partir d'examens portant sur 80 étudiants, soulignaient la gravité du problème.

L'Association pour les Etudiants et stagiaires en 1962-1963 et le Ministre de la Coopération allouèrent des crédits pour développer dans quelques délégations académiques de L'O.C.A.U. ces examens parasitologiques. C'est ainsi qu'après la Délégation de Rennes, celles de Grenoble, Bordeaux, Montpellier purent entreprendre dès 1963 cette action. En 1964, s'ajoutent à ces villes universitaires celles de Dijon, Nancy, Reims et Toulouse.

LE BILAN MEDICO-SOCIAL

La meilleure manière de l'illustrer est de citer les résultats de Rennes qui portent sur deux années et concernent 200 étudiants examinés à raison de ces examens différents par sujet (sang, urines, matières fécales, squames, etc...). Ces résultats éclairent une situation qui est

sensiblement la même dans chaque ville universitaire.

1°) Porteurs d'affections devant être obligatoirement traitées (bilharzioses intestinales et vésicales, ankylostomose, anguillulose, amibiase), environ 60 %.

2°) Porteurs d'affections parasitaires peu graves, mais de thérapeutique souhaitable (ascaridiose, filariose sanguines, giardiase, trichocéphalose, amibiase par amibes peu pathogènes, mycoses interdigitales) : environ 15 %.

3°) Sujets non paratisés ou porteurs de parasites non pathogènes, non justiciables d'une thérapeutique (*Entamoeba coli*, *Entamoeba hartmani*, *Endolimax*, *blastocystis*, etc...) : 25 %.

Parmi les étudiants examinés (Afrique du Nord, Proche-Orient, Extrême-Orient, Antilles, Afrique Noire, Madagascar), les étudiants originaires d'Afrique Noire sont de loin les plus parasités. Voici par exemple les pourcentages obtenus par affections parasitaires :

- Ankylostomiose	46 %
- Anguillulose intestinale	11 %
- Bilharziose vésicale	4 %
- Bilharziose intestinale	10,5 %
- Amibiase chronique	6 %
- Ascaridiose	8 %
- Giardiase	7 %
- Taeniasis	2 %
- Filariose sanguine	1 %

Certains d'entre eux constituent de véritables "musées parasitologiques" hébergeant à la fois 3, 4 et 5 parasites différents.

LES DIFFICULTES A RESOUDRE

L'extension très souhaitable de ces examens s'est heurtée aux difficultés suivantes :

Difficultés d'ordre disciplinaire

Ces examens n'étant pas obligatoires, les étudiants ne s'y sont pas toujours soumis de bonne grâce. L'intérêt de tels examens, fondé essentiellement sur un contrôle systématique, s'est en trouvé considérablement réduit.

Difficultés d'ordre financier

Dans plusieurs Académies, ces examens sont pratiqués gratuitement parfois. Dans d'autres, le personnel est incomplet et l'équipement matériel insuffisant, ces examens ne peuvent être pratiqués aisément surtout si la clientèle éventuelle est nombreuse. En ce cas, les examens nécessitent une subvention ou le concours plus onéreux de laboratoires privés.

Difficultés d'ordre psychologique

Indépendamment du caractère facultatif de ces examens, des étudiants africains et malgaches ont pu croire que ces visites médicales ne concernent qu'eux en leur qualité d'"Africains" et ils y ont parfois vu une marque de ségrégation. Bien entendu, il n'en est rien puisque seule l'origine géographique importe en cette affaire : étrangers de Malaisie ou français de la Guadeloupe ou de la Réunion sont, au même titre, intéressés par ces examens.

Nécessité d'uniformiser les critères médicaux

Pour obtenir un contrôle précis, il importe que les examens soient pratiqués, pour tous les étudiants, suivant des méthodes identiques dans chaque ville universitaire.

LES SOLUTIONS A APPORTER

L'Uniformisation des critères médicaux

Elle sera acquise très vraisemblablement en mai 1964 au cours d'une conférence qui se tiendra à l'issue de la prochaine réunion de la Société Française de Parasitologie. A l'initiative du Professeur DOBY, ses collègues seront invités à étudier cette question en vue de l'établissement d'un examen *time*.

LES DIFFICULTES D'ORDRE FINANCIER

En ce qui concerne les étudiants boursiers administrés par L.O.C.A.U. le Conseil d'Administration de cet organisme a, dans sa séance du 5 décembre 1963 donné mandat au Directeur pour :

"intervenir auprès des Etats Africains et Malgache afin d'obtenir qu'au 1er Octobre 1964, les visites parasitologiques deviennent systématiques et obligatoires. Cette obligation sera sanctionnée par la suspension des allocations après avertissement à l'étudiant et avis à l'Ambassade".

"Dans ce même temps, le Directeur prendra tous contacts utiles avec les Recteurs et la Direction de l'hygiène scolaire en vue d'inclure ces examens dans les visites médicales habituelles de la prévention universitaire".

Les Etats africains et malgaches vont être avisés des mesures envisagées et, les frais entraînés éventuellement par ces examens seront réglés sur les provisions versées à l'Office pour l'entretien des boursiers. Il en sera de même pour les boursiers du Fond d'Aide et de Coopération. Il sera possible en principe au 1er Octobre 1964 de faire face à ces dépenses pour tous les étudiants boursiers gérés par l'O.C.A.U. Confirmation sera donnée aux services du Rectorat pour les Délégués Académiques de l'O.C.A.U.

DIFFICULTES D'ORDRE DISCIPLINAIRE ET PSYCHOLOGIQUE

La première sera réglée si ces examens peuvent faire partie de la visite annuelle obligatoire de la prévention universitaire.

La seconde sera totalement écartée si, comme il est logique de le prévoir, cette disposition obligatoire vise non seulement les Africains et Malgaches, mais plus généralement les étudiants originaires des régions où existent les parasitoses qui s'étendent à l'Asie et à l'Amérique du Sud sans distinction de race.

Il est évident que ces examens systématiques efficacement conduits auront l'avantage de rendre plus aptes à leur travail une certaine catégorie d'étudiants, de protéger la santé de tous leurs camarades français métropolitains.

Les examens, en assurant une meilleure protection des étudiants, rendront plus efficaces encore l'action de l'Université.

C - Solutions apportées à Toulouse

1) Solutions aux Difficultés d'ordre disciplinaire :

A Toulouse, les examens parasitologiques ne sont pas obligatoires, mais seulement conseillés par le service d'accueil, lorsque l'étudiant évoque ce problème, et recommandés par la Médecine Préventive Universitaire (MPU).

En fait, le problème disciplinaire se pose à deux niveaux :

- au niveau de l'examen lui-même
- au niveau du traitement éventuel.

Au niveau de l'examen lui-même, en effet, non pas tant pour les étudiants boursiers qui risqueraient de voir leur bourse supprimée, que pour les étudiants non boursiers qui ne souffrent d'aucune contrainte.

Au niveau du traitement éventuel également, qu'il soit ambulatoire et alors souvent mal suivi, ou hospitalier et alors parfois refusé par le patient, généralement en raison d'un sentiment de crainte, bien entendu injustifié, qu'inspire le service de C.H.U.

2) Solutions aux difficultés d'ordre financier :

A Toulouse, le laboratoire de parasitologie des U.E.R. médicales effectue ces examens gratuitement.

Mais il est à noter que si un examen systématique parasitaire était effectué chez tout étudiant originaire d'Outre-Mer ou y ayant séjourné, il se poserait un tel problème de personnel, et les frais seraient si lourds, que la question de la gratuité, dans l'état actuel de la législation, serait à réenvisager.

3) Solutions aux problèmes d'ordre psychologique :

A Toulouse, aucune démarche particulière n'a été entreprise pour essayer de résoudre ce problème.

4) Solutions à l'uniformisation des critères médicaux :

Plusieurs réunions de techniciens de laboratoire ont eu lieu à Paris en vue de définir un examen-type, les résultats obtenus dépendant avant tout de la technique employée.

Mais il se trouve que chaque laboratoire a poussé plus ou moins loin tel ou tel type d'examen de dépistage. Nous décrirons en détail dans les pages qui suivent les examens utilisés à Toulouse par le laboratoire de parasitologie.

D - Convocation des étudiants

1) Décret du 3 août 1942

"Tout étudiant inscrit dans un établissement d'enseignement supérieur doit fournir une attestation du Service de Médecine Préventive Universitaire (M.P.U.) mentionnant qu'il a subi les examens organisés par ce service.

2) Décret du 11 avril 1946

Ces examens comportent :

- examen clinique général
- examen radioscopique pulmonaire
- réaction tuberculinique
- tous les examens nécessaires sur le vu des premières constatations.

3) Cas des étudiants originaires de zones parasitées

Le Centre de M.P.U. leur conseille de se rendre au laboratoire de parasitologie en vue de subir un examen parasitologique du sang, des urines et des selles, et un examen dermatologique rapide à la recherche d'une mycose.

Le résultat de l'examen est retranscrit en trois exemplaires :

- 1 pour l'étudiant
- 1 pour la M.P.U.
- 1 pour les archives du laboratoire.

Si l'examen est positif, on reconvoque l'étudiant pour la prescription du traitement.

Si on se trouve en face d'une éosinophilie supérieure à 5 % mais que le reste de l'examen est négatif, on répète celui-ci à une semaine d'intervalle, trois fois de suite.

Mais nombreux sont les étudiants qui ne se rendent pas au laboratoire, par sentiment de ségrégation raciale, ou encore par négligence et oubli, ou bien parce que, se sentant en bonne santé, ils jugent cet examen inutile.

Au total, il est clair que persistent encore à Toulouse des difficultés de tous ordres quant au dépistage parasitologique chez les étudiants susceptibles d'être contaminés.

II - METHODES DE DEPISTAGE

Les méthodes de dépistage comprennent :

- une étude clinique d'orientation
- une étape biologique

A - L'examen clinique

L'examen physique ayant été effectué par les médecins de la M.P.U. ou les médecins demandeurs, l'examen clinique au laboratoire de parasitologie se borne en un interrogatoire très précis. Seront ainsi notés :

- Etat civil et adresse à Toulouse
- Origine géographique de l'étudiant
- Mode de vie dans le pays d'origine
- Date de l'arrivée en France
- Signes fonctionnels : à la recherche notamment de signes de la série digestive ou de signes d'allergie
- Signes généraux : fièvre, Asthénie, amaigrissement
- Saison à laquelle sont apparus les troubles
- Antécédents et traitements antérieurs.

B - Les examens biologiques : (2-7-17)

1) Examen de sang

a) Formule leucocytaire :

Elle est pratiquée sur un frottis de sang coloré au May-Grünwald Giemsa.

b) Recherche de parasites sanguicoles :

Elle est effectuée sur une goutte épaisse colorée au Giemsa après hémolyse. L'intérêt de cet étalement réside dans la recherche des microfilaires qui se répartissent en queue de l'étalement. Encore faut-il que la densité parasitaire dans le sang soit importante.

La centrifugation après hémolyse pour la recherche de trypanosomes ou de microfilaires n'ont pas été pratiquée.

N'ont pas été pratiquées également de réactions immunologiques, en raison des problèmes de matériel et de rentabilité.

Il faut rappeler l'intérêt que peut présenter la recherche des anticorps par immunofluorescence dans les affections parasitaires suivantes : Paludisme, filariose, anguillulose, ascaridiose, toxocarose, distomatose, bilharziose, amibiase, toxoplasmose, candidose, etc. ou par les techniques immunoprécipitation : hydatidose, aspergillose, etc...

2) Examen des urines

Les urines, recueillies si possible entre 10 H et 14 H, sont centrifugées à 1 500 t/mn pendant 4 mn.

Sur le culot de centrifugation est ensuite effectuée la recherche d'oeufs de *Shistosoma Haematobium*, une numération des hématies et des polynucléaires.

L'oeuf de bilharzie vésicale, très volumineux, porte à sa partie antérieure un éperon. Lorsque la température du laboratoire est suffisante, on peut voir des miracidium nager activement sous le microscope.

3) Examen des selles

Il consiste en :

- un examen direct
- deux concentrations
 - . l'une pour la recherche des oeufs d'Helminthes, soit par la méthode de Janecko, soit par celle de Blazy.
 - . l'autre à la recherche de kystes de protozoaires par la méthode de Thebaut.
- recherche des larves d'anguillule, essentiellement par coproculture, ou bien par la méthode de Baermann, ou bien par les deux.
- numération des oeufs d'Helminthes.

a) Examen direct :

Il existe trois techniques :

- Examen sans dilution pratiqué lorsque les selles sont fluides ou glaireuses.
- Examen après dilution dans l'eau physiologique : on prélève un peu de matière dans différentes parties de la selle et on dilue le prélèvement dans une goutte d'eau physiologique. On place le tout sur la lame du microscope.
- Examen après dilution dans l'eau du robinet : cette méthode n'est pas employée au laboratoire.

b) Méthode de Janecko-Urbanyl :

On triture les selles dans cinq fois environ leur volume de solution d'iodomercurate :

- | | |
|------------------------|-------|
| - Bi-iodure de mercure | 150 g |
| - iodure de potassium | 110 g |
| - eau distillée | 400 g |

On tamise et on emplit un tube à centrifugation. On centrifuge 3 à 4 minutes à 2 500 tours/minute.

On recueille soigneusement la partie superficielle du liquide avec un petit agitateur en verre à extrémité aplatie et on porte sur une lame.

Cette méthode est surtout intéressante pour les oeufs de grande douve, d'ascaris, d'ankylostome et de bilharzie intestinale.

c) Méthode de Blazy, Schloegel, Mansoer et Khalaf :

On triture 1 g de selles dans 10 cc de solution M.I.F., mélange d'une solution stock A et d'une solution Lugol B.

- | | | |
|--------------------|---|--------|
| - Solution Stock A | : - teinture de Merthiolate Lilly n° 99 | |
| | à 1/1000 | 200 cc |
| - Formol | | 25 cc |
| - Glycérine | | 5 cc |

- eau distillée 250 cc
- Solution Lugol B :
 - Iode 5 g
 - Iodure de Potassium 10 g
 - Eau distillée 100 cc

On tamise et on remplit un tube à centrifugation. On ajoute 4cc d'éther, on agite vivement et on laisse reposer pendant deux minutes.

Si l'émulsion reste stable, on centrifuge à 1 700 tours/mn pendant 1 mn, puis on examine le culot.

Si l'éther surnage, on ajoute 1cc d'eau du robinet, et on recommence les mêmes manoeuvres. Si après un repos de deux minutes l'émulsion reste stable, on centrifuge.

d) Méthode de Thébaut :

On dilue 5 à 10 g de selles dans 50 à 100 cc d'une solution composée de :

- Acide trichloracétique à 20 % 1 cc
- Formol de commerce 10 cc
- Eau distillée 100 cc

On tamise puis on met la solution dans un ballon à décanter.

On ajoute la même quantité d'éther, on agite bien, on laisse reposer quelques minutes, puis on soutire le liquide clair à la partie inférieure du ballon, et on centrifuge à 1 700 t/mn pendant une minute.

On remet alors le culot en suspension dans une solution composée de :

- Bromure de sodium cristallisé 69,2 g
- Eau distillée 100 cc

On pratique l'examen microscopique.

e) Technique de Baermann :

On utilise un entonnoir de verre de 12 cm d'ouverture, dans la partie évasée duquel on dispose un tamis à toile métallique à mailles moyennes ou fines.

Au tube d'écoulement, est adapté un tuyau de caoutchouc portant à son extrémité libre un tube de verre. Une pince est placée sur le tuyau de caoutchouc et en permet la compression.

On place l'entonnoir sur une potence.

La pince du tuyau de caoutchouc étant serrée, on met de l'eau tiède (45°) dans l'appareil de façon à ce que le fond du tamis soit immergé.

On dispose dans le tamis une ou plusieurs couches de gaze selon la consistance des selles.

On prélève 8 à 10 g de selles et on les dépose sur la gaze.

Par hydrotropisme et thermotropisme, les larves d'anguillules passent alors dans l'eau et sédimentent dans la tubulure de l'entonnoir.

Au bout de 1 à 3 heures, on soutire 5 à 10 cc de liquide en ouvrant la pince. On centrifuge à 1 500 t/mn pendant 3 à 5 minutes.

On décante le liquide surnageant et on examine à la loupe le sédiment.

Cette technique est surtout utilisée pour les examens de contrôle après traitement.

f) Culture des selles :

- Culture en boîte de Pétri, sur charbon :

Dans un verre à pied, on mélange le même poids de selles et de poudre de charbon végétal.

On ajoute de l'eau stérile pour former une pâte molle, que l'on verse dans une boîte de Pétri, et on porte à l'étuve à 25°C.

Pour la lecture, on peut :

- soit retourner le couvercle de la boîte de Pétri sous la loupe. On peut alors voir les larves d'anguillules et les adultes à l'endroit où le couvercle est en contact avec la culture.

- soit verser 2 ml d'eau stérile sur la culture, comme pour la laver. On attend une dizaine de minutes et on recherche des larves d'anguillules dans l'eau qui se trouve sur le pourtour de la boîte de Pétri non recouvert par la culture.

- Culture en tube à essais, sur buvard :

On prend des tubes à essais d'assez grand diamètre. On découpe dans le buvard blanc suffisamment épais et rigide, des bandes rectangulaires dont la longueur est approximativement celle des tubes et la largeur légèrement inférieure au diamètre des tubes.

On met 5 ml d'eau stérile dans le fond du tube. On étale avec une languette environ 1 g de selles sur le buvard en respectant les 5 premiers et les 5 derniers centimètres.

On introduit le buvard ainsi chargé dans le tube. On ferme le tube avec un bouchon. On porte à l'étuve à 25 ° et on veille à ce qu'il reste toujours suffisamment d'eau.

On fait 5 ou 6 tubes par exemple par selles et l'on examine un tube par jour ou tous les deux jours. Pour cela, on retire le buvard à la pince, on verse la totalité du liquide dans un tube à centrifuger, on rince les parois du tube avec un peu d'eau pour récupérer quelques rares strongyloïdes restées dans l'eau de condensation. On centrifuge et on examine le culot.

g) Numération des oeufs d'Helminthes : technique de Brumpt

On pèse 1 g de selles. Selon la consistance de ces selles, et la quantité d'oeufs trouvés à l'examen direct, on fait une dilution au 1/10 ou au 1/20 (d) avec de la soude décinormale.

On tamise au besoin à travers une passoire à mailles lâches.

On aspire 1 cc de la dilution dans une pipette graduée, et on compte le nombre de gouttes contenues dans 1 cc (n).

On dépose 1 goutte sur lame et on compte le nombre d'oeufs contenus dans cette goutte (N).

Le calcul du nombre d'oeufs par gramme de selles (O) s'effectue au moyen de la formule :

$$O = N \times n \times d$$

4) Examens mycologiques

On prélève des squames et des poils ou cheveux. On pratique un examen direct des squames ou de ces phanères à la potasse, et on les ensemece sur milieu de Sabouraud.

III - LE FICHIER

Les renseignements cliniques et biologiques sont reportés sur une fiche (cf. exemplaire).

Il a été prévu trois colonnes horizontales comportant chacune des subdivisions adéquates à la retranscription des résultats d'examens biologiques du sang, des urines, des selles et des lésions mycologiques ; ceci afin d'avoir, dans le cas où l'étudiant aurait à subir plusieurs examens, une vue concentrée de ces résultats.

N°		
date		

I^{er} EXAMEN — reçu le :

expédié le :

SANG - Hb : G.R. : G.B. : P.N. : P.E. : M : L :
frottis :
goutte épaisse :
URINES :

SELLES (aspect physique) :

ex. direct :
concentration :
coproculture :
MYCOLOGIE :

II^{me} EXAMEN — reçu le :

expédié le :

SANG - Hb : G.R. : G.B. : P.N. : P.E. : M : L :
frottis :
goutte épaisse :
URINES :

SELLES (aspect physique) :

ex. direct :
concentration :
coproculture :
MYCOLOGIE :

III^{me} EXAMEN — reçu le :

expédié le :

SANG - Hb : G.R. : G.B. : P.N. : P.E. : M : L :
frottis :
goutte épaisse :
URINES :

SELLES (aspect physique) :

ex. direct :
concentration :
coproculture :
MYCOLOGIE :

Nom :

Prénom :

Âge :

Adresse :

Etudiant en :

Entrée en France :

Lieu d'origine (et séjours successifs) :

Maladies et traitements antérieurs :

Traitement actuel :

Médecins traitants :

CHAPTER III

STATISTIQUES

I - LES TRAVAILLEURS MIGRANTS

A - La Population

L'O.N.I. tient à jour, annuellement, les statistiques diverses concernant les travailleurs migrants et leurs familles.

Voici les chiffres recueillis pour 1970, 1971, 1972 en Haute Garonne :

1) Origine

PAYS	Travailleurs permanents			Travailleurs saisonniers			TOTAL
	1970	1971	1972	1970	1971	1972	
Afrique, (Mali, Mauritanie, Sénégal)	2	-	1	-	-	-	3
Allemagne	7	5	11	-	-	-	23
Belgique	8	12	13	-	-	-	33
Grande-Bretagne	2	10	18	-	-	-	30
Espagne	219	204	147	345	422	8541	9878
Italie	26	23	31	-	-	-	80
Luxembourg	1	-	-	-	-	-	1
Maroc	144	84	86	3	28	1	346
Nederland	1	4	3	-	-	-	8
Pologne	-	4	4	-	-	-	8
Portugal	538	398	209	6	2	1	1154
Tunisie	63	46	44	-	-	-	153
Turquie	10	7	32	-	-	-	49
Yougoslavie	20	1	22	-	-	-	43
Autres	25	27	49	-	-	2	103
TOTAUX	1066	825	670	354	452	8545	11912

2) Mode d'Immigration des travailleurs permanents

	1970	1971	1972	TOTAL
Introduits	334	245	259	838
Régularisés	689	536	353	1578
Ensemble	1023	781	612	2416

3) Activité collective principale

Activité	1970	1971	1972	TOTAL
Production métaux	1	4	1	6
Transformation métaux	30	52	35	117
Bâtiments, travaux publics	361	236	172	769
Personnel domestique	185	161	128	474
Agriculture forestage	345	211	152	708
Textiles	19	29	30	78
Autres	125	132	152	409
TOTAUX	1066	825	670	2561

4) Personnes entrées en France au titre de l'Immigration familiale :

Origine	1970	1971	1972	TOTAL
Espagne	167	164	128	459
Italie	16	23	35	74
Maroc	160	148	151	459
Portugal	539	415	298	1252
Tunisie	52	58	69	179
Turquie	-	-	1	1
Yougoslavie	1	3	1	5
Autres	190	183	206	579
TOTAUX	1125	994	889	3008

Nous retiendrons quatre notions de ces tableaux :

1) La diminution lente et progressive du nombre des travailleurs permanents au cours de ces trois années, alors que le nombre des travailleurs saisonniers augmente fortement, ce fait étant dû à une forte immigration saisonnière en provenance d'Espagne (83 %).

2) Le fait que, parallèlement, le nombre des personnes entrées en Haute-Garonne au titre de l'immigration familiale diminue progressivement et lentement.

3) La forte proportion (97 % du nombre total) représentée par le nombre des travailleurs originaires de quatre pays : Espagne, Portugal, Maroc et Tunisie.

4) L'absence enfin de travailleurs migrants affectés dans les mines. Nous relevons ce détail, en raison du problème épidémiologique éventuel posé par l'ankylostomiase.

Secondairement, il faut toujours avoir à l'esprit l'importance de "l'immigration clandestine", et malgré le nombre important des régularisations, il ne faut pas oublier le problème épineux qui s'ensuit à tous les niveaux et qui n'a pas encore été résolu.

B - Pathologie parasitaire d'importation

Avant que de faire l'exposé des chiffres recueillis au laboratoire de parasitologie de l'hôpital Purpan à Toulouse, un certain nombre de points sont à préciser :

- en premier lieu que les étudiants ont été exclus des résultats car une étude détaillée des statistiques qui les concernent sera entreprise dans la deuxième partie de ce chapitre.

- en second lieu que ces chiffres ne concernent pas uniquement les travailleurs migrants, mais aussi les membres de leurs familles.

- en troisième lieu qu'il ne nous a pas été possible de connaître le pays d'origine de ces patients.

- en quatrième lieu enfin, que le laboratoire de parasitologie de l'Hôpital Purpan n'a pas le monopole des examens

parasitologiques de la Haute-Garonne.

L'immigration clandestine et ces deux dernière précisions expliquent pourquoi nous n'avons pas pu donner à l'étude que nous avons entreprise toute la rigueur que nous aurions souhaité.

Tout au plus nous a-t-elle permis d'avoir une vue approximative de la pathologie parasitaire du travailleur migrant.

1) Nombre des examens pratiqués :

	Examens pratiqués au laboratoire	Etrangers (sauf les étudiants)					
		Résultats positifs		Résultats négatifs		Total	
		envoyés par le CHU	envoyés par le médecin traitant	envoyés par le CHU	envoyés par le médecin traitant	+	-
	2121	55	10	182	11	65	193
	3191	99	18	190	10	117	200
	1969	110	11	211	6	121	217
ux	7281	264	39	583	27	303 33,17 %	610 66,83 %

Deux constatations découlent de ce tableau :

a) La disproportion qui existe entre le nombre des examens demandés par les services du CHU et le nombre de ceux prescrits par les médecins traitants externes.

b) L'augmentation régulière du nombre des résultats positifs.

2) Polyparasitisme :

Année	2	3	4	Total
1970	7	2	-	9
1971	17	7	-	24
1972	19	5	1	25
Totaux	43	14	1	58

Ce tableau appelle certains commentaires :

a) La fréquence des associations parasitaires puisqu'un patient sur cinq environ est porteur de plusieurs parasites, se trouvant fréquemment associés ankylostomes et *Shistosoma mansoni*, tricocephale et *Entamoeba coli*, *Giardia* et anguillules.

b) La réceptivité des étrangers vis à vis des parasites qui en découle, expliquant les prédispositions qu'ils ont à devenir hôtes de parasites rencontrés en France (*Giardia intestinalis*, *Enterobium vermicularis*, *Ascaris lumbricoides*, *Trichiuris trichiura*, *Taenia saginata*, *Fasciola hepatica*, *Toxoplasme*, etc...).

3) Fréquence des différents parasites :

Nous avons groupé dans un tableau la fréquence avec laquelle ont été trouvés différents parasites en 1970-1972 au laboratoire de parasitologie de l'Hôpital Purpan chez les étrangers, étudiants exceptés.

Dans la dernière colonne, nous avons calculé le pourcentage de ces divers parasites par rapport au nombre de sujets parasités, le chiffre obtenu correspondant à la proportion de sujets infestés par le parasite intéressé.

Parasite	Année			Total	Pourcentage
	1970	1971	1972		
Bilharziose	5	3	13	21	6,93 %
Endolimax nana	4	2	3	9	2,97 %
Entamoeba coli	6	17	10	33	10,89 %
Tricocéphale	17	39	35	91	30,03 %
Giardia	7	10	14	31	10,23 %
Taeniasis	2	1	2	5	1,65 %
Ankylostome	7	10	12	29	9,57 %
Ascaris	6	18	16	40	13,20 %
Paludisme	7	5	2	14	4,62 %
Hydatidose	2	20	7	29	9,57 %
Anguillulose	4	11	9	24	7,92 %
Amibiase	3	6	3	12	3,96 %
Oxyure	1	-	5	6	1,98 %
Distomatose	1	-	2	3	0,99 %
Trypanosomiase	-	1	-	1	0,33 %
Toxocarose	-	3	5	8	2,62 %
Filariose	-	-	2	2	0,66 %
Leishmaniose	-	1	1	2	0,66 %
Autres	3	1	11	15	4,95 %

Par autres parasites, nous entendons :

- Aspergilose : 1 cas
- Trichomonas vaginalis : 3 cas
- Chilomastix : 2 cas
- Enteromonas : 1 cas
- Dientamoeba fragilis : 3 cas
- Hymenolepis nana : 5 cas

L'analyse de ce tableau appelle certains commentaires.

a) Le fait tout d'abord que ce soit les Helminthiases qui représentent avant tout la pathologie parasitaire d'apport.

Le tricocéphale vient largement en tête (91 cas). Absent de pathogénicité, il est souvent associé à d'autres parasites.

L'ascaris (40 cas) est, par sa fréquence, le deuxième parasite rencontré.

Dans la mesure où 2 parasités sur 5 sont porteurs de l'un de ces 2 parasites, et que la dissémination de ceux-ci est proportionnelle au défaut d'hygiène, il est clair que des mesures d'assainissement adéquates et une politique d'hygiène stricte trouvent ici toute leur signification dans la lutte contre le parasitisme chez les travailleurs migrants.

L'ankylostomiase (29 cas) due le plus souvent à *Necator americanus*, est loin d'être rare, et là encore des mesures d'hygiène qui ont déjà été appliquées doivent être maintenues, afin d'éviter une éventuelle flambée épidémique.

Les taux d'infestation de l'anguillulose (24 cas) et des hydatidoses (29 cas) doit retenir notre attention quand on sait :

- que ces parasites peuvent s'étendre dans notre pays,
- qu'on peut observer la première chez quelques espagnols ou portugais et que la seconde est fréquente en Afrique du Nord.

Quant à la bilharziose (21 cas), le taux d'infestation relativement faible, par rapport aux statistiques nationales citées par GENTILINI (10), est probablement dû au faible pourcentage représenté par les travailleurs originaires d'Afrique Noire. *Shistosoma mansoni* et *Shistosoma haematobium* se rencontrent en proportions à peu près égales.

Il faut citer enfin le faible taux d'infestation de la distomatose (3 cas) et des filarioses (2 cas).

b) En second lieu, il s'avère que, mis à part *Giardia intestinalis* et le banal *Entamoeba coli*, à l'inverse des verminoses, les protozooses d'importation sont rarement rencontrées.

La Leishmaniose viscérale n'a été retrouvée que 2 fois et un seul patient se plaignait de la maladie du sommeil.

Le paludisme (14 cas) se résume à quelques porteurs de *Plasmodium falciparum* le plus souvent.

Quant à l'amibiase, le taux d'infestation peu important (12 cas) s'explique par le fait que "les porteurs sains" ne sont pas rares, l'amibiase sous sa forme minuta ou kystique étant une découverte d'examens systématiques, alors que les examens pratiqués dans le contexte qui nous intéresse ont été prescrits dans la très grande majorité des cas, secondairement à l'existence de signes de souffrance physique.

II - LES ETUDIANTS D'OUTRE-MER

A - Population

1) Nombre total des étudiants étrangers à Toulouse

Année	Nombre
1969-1970	2235
1970-1971	2332
1971-1972	2487
Total pour les 3 années	7054

2) Nombre des étudiants étrangers par le travail

Nous avons exclu les étudiants originaires des pays d'Europe, des Etats-Unis d'Amérique et du Canada.

Année	Nombre
1969 - 1970	1470
1970 - 1971	1873
1971 - 1972	2008
Total pour les 3 années	5351

3) Nombre des étudiants originaires des TOM

Sont inclus dans ces chiffres les étudiants originaires de Guadeloupe, Martinique, Guyane, Réunion, Comores, Côte Française de Somalie, Nouvelle Calédonie, Polynésie française, Saint-Pierre et Miquelon, Nouvelle Hébrides.

Année	Nombre
1969 - 1970	234
1970 - 1971	314
1971 - 1972	321
Total pour les 3 années	1169

4) Population étudiée

Etudiants étrangers + Etudiants de TOM = 6520

B) Pathologie parasitaire d'importation

a) nombre total des consultants : 255

b) nombre total des parasités : 143

c) pourcentage entre les résultats positifs et le nombre des consultants : 56,08 %.

1) Répartition en fonction de l'origine géographiquea) Afrique :

La population estudiantine africaine comprend 3332 étudiants.

Le nombre total des parasités trouvés chez les africains est : 106, soit 73 % de tous les parasités détectés pendant ces trois années.

Or, le rapport entre le nombre des étudiants africains et celui de la population concernée par ce travail est de 51,12 %.

D'ores et déjà, nous pouvons constater, de par la comparaison de ces deux chiffres, le taux d'infestation élevé de l'Afrique par rapport aux autres continents.

- Afrique occidentale

Elle comprend : Sénégal, Mali, Haute-Volta, Niger, Dahomey, Ghana, Côte d'Ivoire, Liberia, Guinée Portugaise, Sierra-Leone, Togo et Tchad.

Dans le tableau qui suit, nous avons exposé le détail des résultats collectés en 1970, 1971 et 1972 par le laboratoire de parasitologie :

Pays	nombre d'Etudiants à TOULOUSE	Consultants	Pourcentage	Résultats Positifs
Sénégal	93	8	8,60 %	5
Mali	86	4	4,66 %	3
Haute Volta	62	5	8,06 %	4
Niger	22	4	18,18 %	2
Dahomey	107	6	5,60 %	5
Ghana	5	-	- %	-
Côte d'Ivoire	135	18	13,33 %	10
Libéria	2	-	- %	-
Guinée	21	1	4,76 %	1
Mauritanie	5	-	- %	-
Gambie	-	-	- %	-
Guinée Portugaise	-	-	- %	-
Sierra Leone	1	-	- %	-
Togo	75	6	8,00 %	1
Tchad	44	10	22,72 %	8
TOTAUX	658	62	9,42 %	39

AFRIQUE POLITIQUE





Pays chez les étudiants

L'analyse de ce tableau appelle quelques commentaires :

- en premier lieu, nous constatons que le nombre des étudiants d'Afrique occidentale par rapport au nombre total de la population concernée par cette étude est de 10,09 % alors que celui des parasites par rapport au nombre total des parasites est de 26,90 %.

- en second lieu, que le rapport du nombre des étudiants d'Afrique occidentale par rapport au nombre total des étudiants africains concernés est de 19,74 %, alors que celui des parasites par rapport au nombre total des parasites africains est de 37 %.

En conclusion, les étudiants originaires des pays d'Afrique occidentale doivent retenir notre attention, leur taux d'infestation parasitaire étant élevé.

- Afrique équatoriale

Elle comprend : Cameroun, République centre africaine, Gabon, Congo Brazzaville, Congo Kinshasa, Nigéria, Rio-Muni.

Pays	Nb. d'Etudiants à TOULOUSE	Consultants 1970-71-72	%	Résultats positifs
Cameroun	228	25	10,96 %	17
R.C.A.	35	7	20 %	6
Gabon	92	7	7,6 %	5
Congo	158	11	6,96 %	9
Nigeria	12	11	91,67 %	7
Rio-Muni	-	-	-	-
TOTAUX	525	61	11,62 %	44

De l'analyse de ce tableau nous pouvons tirer certaines constatations :

Le nombre des étudiants d'Afrique Equatoriale représente 8,05 % de la population totale concernée par ce travail, alors que le taux de parasitisme est de 30,34 %.

Le rapport entre le nombre des étudiants d'Afrique Equatoriale et celui des étudiants africains totaux est de 15,75 % alors que le taux de parasitisme entre ces deux populations est de 42 %.

Au total, les constatations faites pour l'Afrique occidentale sont également applicables à l'Afrique Equatoriale.

- Afrique du Nord

Elle comprend : Sahara espagnol, Algérie, Maroc et Tunisie

Pays	Nombre des Etudiants à TOULOUSE	Consultants 70-71-72	%	Résultats Positifs
Sahara espagnol	-	-	-	-
Algérie	145	6	4,13 %	1
Tunisie	735	16	2,17 %	2
Maroc	854	27	3,16 %	7
TOTAUX	1734	49	2,82 %	10

Au total :

- les étudiants d'Afrique du Nord représentent 26,59 % de la population estudiantine totale concernée, mais le taux de parasitisme comparé est de 6,90 %.

- ils représentent en outre 52 % de la population estudiantine d'Afrique, alors que le rapport des parasitismes est de 10 %.

En conclusion, il semblerait que le danger parasitaire représenté par les étudiants originaires du Nord de l'Afrique est minime.

Cependant, il faut souligner le faible nombre de consultants(2,82 %) et il est permis de se demander si les chiffres exposés sont un véritable reflet de l'infestation parasitaire de cette population.

- Afrique Orientale et du Sud

Elle comprend : Libye, Egypte (RAU), Soudan, Ethiopie, Somalies, Kenya, Ouganda, Rwanda, Burundi, Tanzanie, Malawi, Mozambique, Zambie, Angola, Sud-Ouest Africain, Betchouana-land, Rhodésie, Union Sud-

Sud-Africaine, Madagascar, Ile Maurice, Koweit.

Pays	Nb. d'Etudiants à TOULOUSE	Consultants 70-71-72	Pourcentage	Résultats positifs
Libye	4	1	25,00 %	-
Egypte	25	-	- %	-
Soudan	3	-	- %	-
Ethiopie	32	1	3,12 %	1
Somalies	2	-	- %	-
Kenya	38	1	2,63 %	-
Ouganda	4	-	- %	-
Rwanda	18	1	5,55 %	-
Burundi	7	1	14,28 %	1
Tanzanie	-	-	- %	-
Malawi	1	-	- %	-
Mozambique	-	-	- %	-
Zambie	-	-	- %	-
Angola	-	-	- %	-
Sud Ouest Africain	-	-	- %	-
Betchouana Land	-	-	- %	-
Rhodésie	-	-	- %	-
Union Sud Afric.	-	-	- %	-
Madagascar	262	13	1,9 %	8
Koweit	9	-	- %	-
Ile Maurice	8	-	- %	-
TOTAUX	415	18	4,33 %	11

Commentaires :

Le rapport du nombre des étudiants originaux d'Afrique Orientale et du Sud par rapport à celui des étudiants concernés par ce travail est de 6,37 %, le rapport du parasitisme étant de 7,58 %.

La comparaison avec les étudiants d'Afrique est de 12,45 % pour le nombre, 11 % pour la parasitisme.

Mais il faut souligner le fait qu'environ 60 % du nombre de ces étudiants d'Afrique Orientale et du Sud sont représentés par Madagascar. Or, le pourcentage des consultants pour ce pays n'est que 1,9 %.

Enfin, il est difficile de tirer des conclusions précises de ce tableau, la population étudiée (415) étant numériquement trop faible par rapport à la population totale concernée (6520).

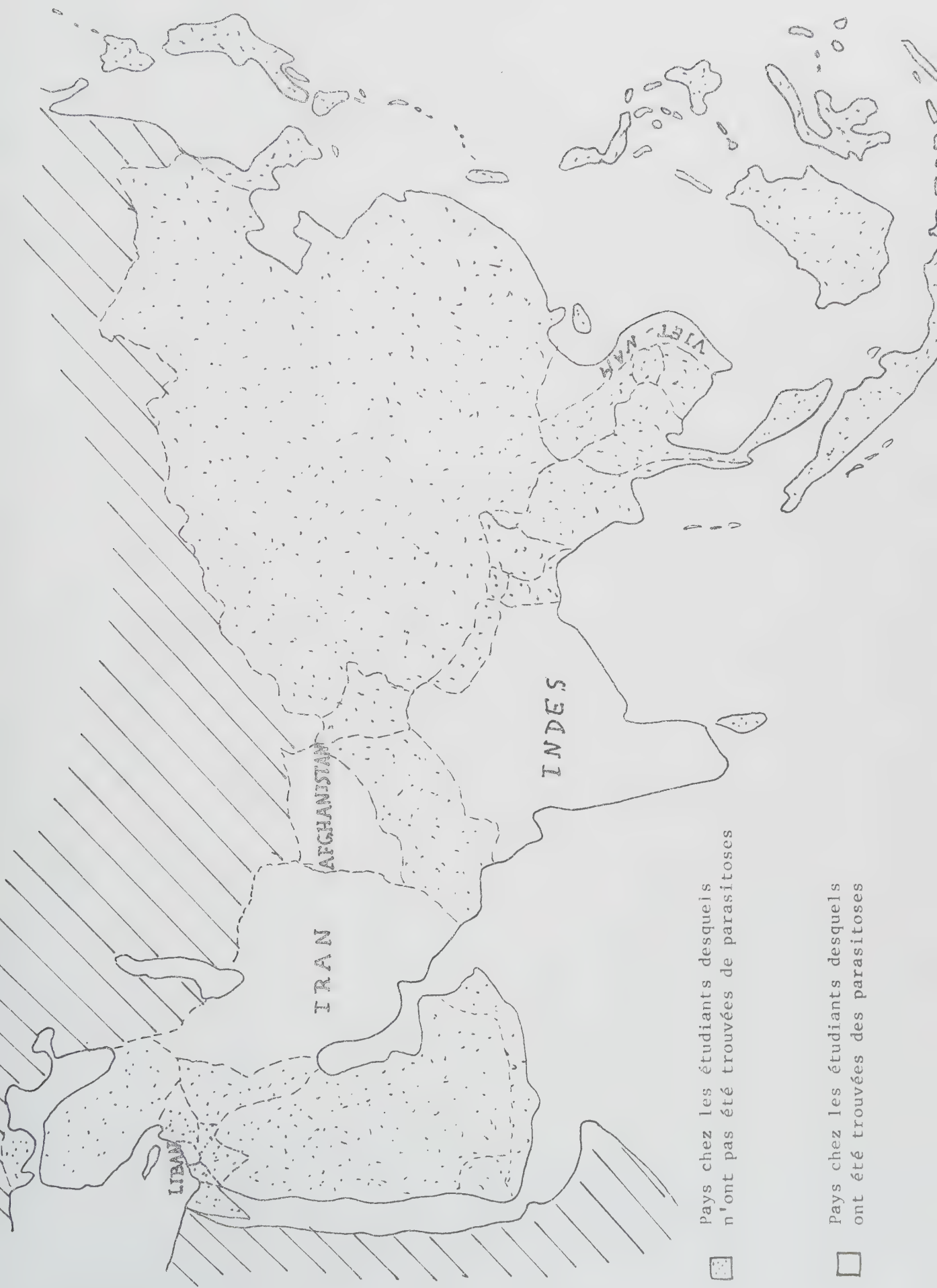
Au total, il faut constater que ce sont les pays d'Afrique noire situés autour du Golfe de Guinée qui fournissent, de loin, le maximum de parasitoses.

b) L'Asie

Elle comprend : Turquie, Syrie, Liban, Israël, Jordanie, Irak, Iran, Arabie saoudite, Yemen, Afghanistan, Pakistan, Kashmir, Inde, Ceylan, Népal, Bhoutan, Birmanie, Thaïlande, Laos, Cambodge, Viet-nam nord et sud, Malaisie, Indonésie, Philippines, Japon, Corée du Nord, Corée du Sud, Chine populaire, Chine nationaliste.

Pays	Nombre d'Etudiants à Toulouse	Consultants 70-71-72	Pourcentage	Résultats positifs
Turquie	40	1	2,5 %	-
Syrie	127	3	2,36 %	-
Liban	811	12	1,47 %	7
Israël	36	-	-	-
Jordanie	5	-	-	-
Irak	8	1	12,5 %	-
Iran	157	2	1,27 %	1
Arabie Saoudite	4	-	-	-
Yemen	2	-	-	-
Afghanistan	8	2	25,00 %	2
Pakistan	3	-	-	-
Kashmir	-	-	-	-
Inde	12	1	8,33 %	1
Ceylan	2	-	-	-
Népal	-	-	-	-
Bhoutan	-	-	-	-
Birmanie	1	-	-	-
Thaïlande	26	-	-	-
Laos	102	3	2,94 %	-
Cambodge	64	1	1,56 %	-
Viet Nam	297	6	1,82 %	2
Indonésie	5	-	-	-
Malaisie	3	-	-	-
Philippines	-	-	-	-
Japon	8	-	-	-
Corée	2	-	-	-
Chine Populaire	9	-	-	-
Chine Nationaliste	12	-	-	-
Totaux	1 744	32	1,83 %	13





Commentaires :

- le rapport entre le nombre des étudiants asiatiques et le nombre total des étudiants concernés par cette étude est de 26,75 % alors que celui des parasitismes est de 8,96 %,

- il serait permis de penser à priori que les étudiants asiatiques ne présentent pas un réservoir de parasites important. Mais il faut remarquer le taux particulièrement bas des consultations (1,83 %), notamment pour certains pays chez les sujets desquels on aurait pu prévoir plus de parasités, le viet-nam par exemple (1,82 %).

c) Amérique

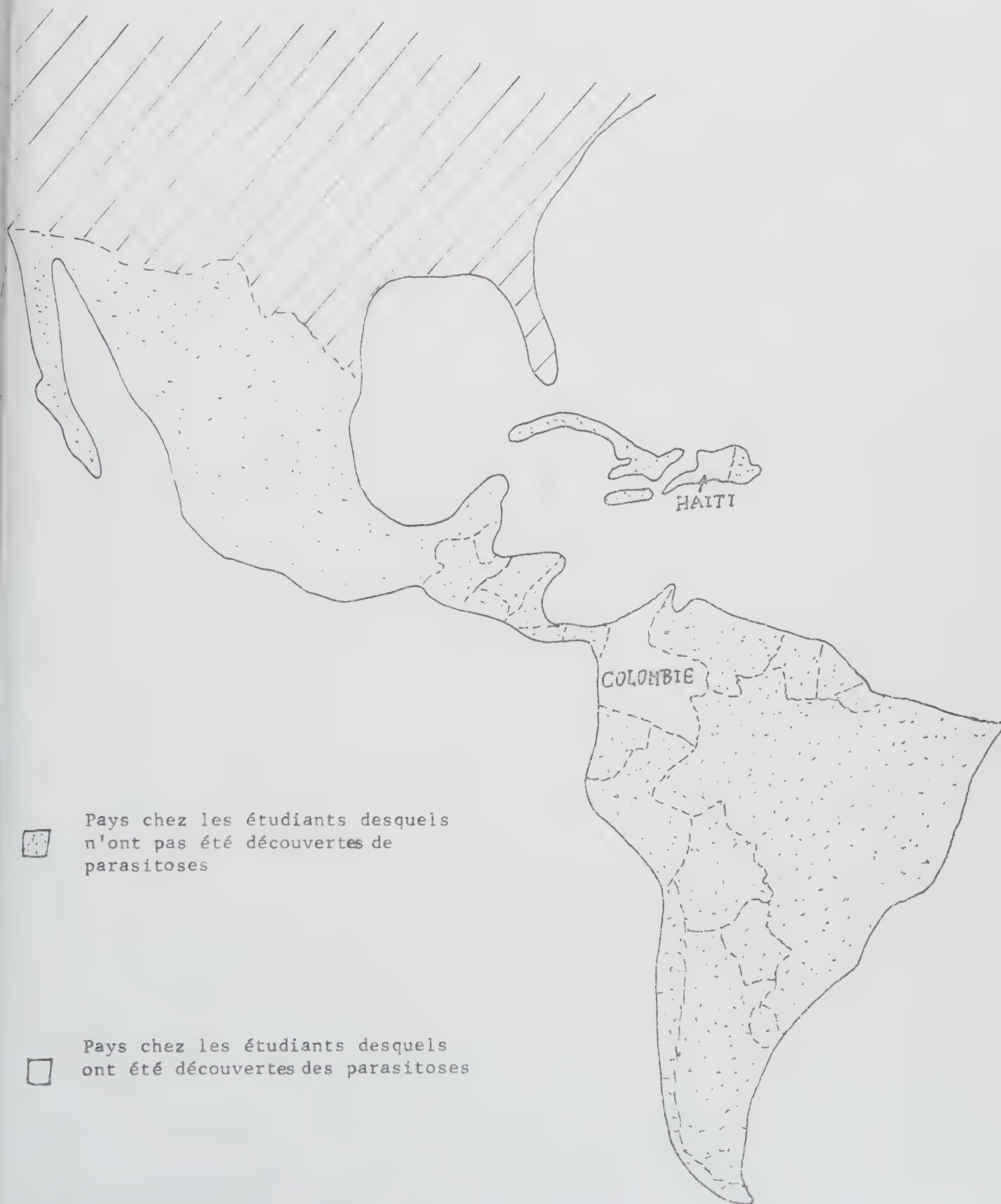
Sont compris dans cette étude : Mexique, Cuba, Haïti, Saint-Dominique, Jamaïque, Guatemala, Honduras, San Salvador, Nicaragua, Costa-Rica, Panama, Colombie, Vénézuëla, Guyanes, Equateur, Pérou, Bolivie, Brésil, Paraguay, Uruguay, Chili, Argentine.

PAYS	Nombre d'Etudiants à TOULOUSE	Consultants 70 - 71 - 72	Pourcentage	Résultats positifs
Mexique	27	-	- %	-
Cuba	1	-	- %	-
Haïti	55	2	3,63 %	2
Saint-Dominique	10	-	-	-
Jamaïque	-	-	- %	-
Guatemala	-	-	- %	-
Honduras	4	-	- %	-
San Salvador	1	-	- %	-
Nicaragua	-	-	- %	-
Costa Rica	6	-	- %	-
Panama	-	-	- %	-
Colombie	9	1	11,11 %	1
Vénézuëla	7	-	- %	-
Guyanes	-	-	- %	-
Equateur	8	-	- %	-
Pérou	11	-	- %	-
Bolivie	1	-	- %	-
Brésil	64	-	- %	-
Paraguay	1	-	- %	-
Uruguay	4	-	- %	-
Chili	6	-	- %	-
Argentine	27	-	- %	-
Totaux	242	3	1,23 %	3

AMERIQUE POLITIQUE



PARASITISME



Commentaires .

Les rapports entre étudiants américains et population estudiantine totale concernée par ce travail sont :

- 3,71 % pour le nombre
- 2,06 % pour le parasitisme

Mais là encore il faut souligner le faible nombre des étudiants américains (242) et le pourcentage très bas des consultations (1,23 %), alors que chacune d'entre elles était motivée dans la mesure où il n'y a pas eu de résultats négatifs.

d) TOM

- Population estudiantine à Toulouse en 1970, 1971 et 1972 : 1169
- Rapports entre les étudiants des TOM et la population estudiantine totale concernée :

- 17,93 % pour le nombre
- 16,08 % pour le parasitisme
- Consultants : 36, soit 3,08 %
- Taux d'infestation chez les étudiants examinés : 63,89 %.

Conclusion :

Les étudiants originaires des TOM sont susceptibles d'être souvent porteurs de parasitoses, et le faible pourcentage de consultants est, pour cette raison, à souligner.

e) Australie et autres pays

Les étudiants sont au nombre de 33. 1 seul a été vu en consultation au laboratoire de parasitologie de Toulouse.

C) Taux d'infestation des étudiants examinés

	Examinés	Négatifs		Positifs	
	Nombre	Nombre	%	Nombre	%
Afrique occidentale	62	23	37,10	39	62,90
Afrique équatoriale	54	10	18,51	44	81,49
Afrique du Nord	49	39	79,60	10	20,40
Afrique Orient. et Sud.	18	7	38,89	11	61,11
Asie	32	19	59,37	13	40,63
Amérique	3	-	-	3	100
Australie	1	1	100	-	-
TOM	36	13	36,11	23	63,89
Total	255	112	43,92	143	56,08

Le taux d'infestation chez les étudiants originaires des pays du Golfe de Guinée montre que les conseils fournis par la MPU sont on ne peut plus de bon aloi.

En supposant, d'autre part, que le taux d'infestation chez les étudiants originaires d'Afriques occidentale et équatoriale qui n'ont pas été examinés soit le même, il s'avèrerait que 846 de ces étudiants sur 1067 seraient porteurs d'une parasitose.

Ce fait doit être donc sérieusement pris en considération.

D) Polyparasitisme

	Monoparasités		Polyparasités		2		3		4	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Afrique occid.	25	64,10	14	35,90	7	17,94	6	15,38	1	2,56
Afrique equat.	25	56,81	19	43,19	13	29,54	4	9,10	2	4,55
Afrique nord	5	45,45	5	54,54	2	18,18	3	27,26	-	-
Af.orient et Sud	9	81,81	2	18,19	2	18,19	-	-	-	-
Asie	8	61,54	5	38,46	5	38,46	-	-	-	-
Amérique	2	66,67	1	33,33	1	33,33	-	-	-	-
TOM	15	65,21	8	34,78	7	30,43	1	4,35	-	-
TOTAL	89	62,23	54	37,77	37	25,87	14	9,80	3	2,10

L'analyse de ce tableau appelle certains commentaires :

a) la fréquence des associations parasitaires tout d'abord, puisque 1 patient sur 3 environ est polyparasité ;

b) la prédominance du polyparasitisme en Afrique du Nord, mais aussi en Afrique Equatoriale. Là encore, ce sont les pays riverains du Golfe de Guinée qui sont représentatifs.

c) Rappelons enfin la réceptivité de ces étrangers vis-à-vis des parasites qui en découle.

E) Fréquence des différents parasites

Dans ce tableau, nous étudions la répartition des parasitoses selon les contrées.

Les pourcentages correspondent au rapport entre le nombre de cas trouvés pour un parasite et le nombre de sujets infestés.

	Afrique				total	Asie	Amer.	TOM	Total
	occid.	Equat.	nord	orient					
Nb. Etudiants parasités	39	44	10	11	104	13	3	23	143
Entamoeba Dysenteria	1 2,56%	-	-	-	0,96%	-	-	-	1 0,69%
Entamoeba coli	15 38,46%	9 20,45%	8 80%	2 18,18%	34 32,69%	3 23,07%	1 33,33%	4 17,39%	42 29,37%
Endolimax nana	4 10,25%	7 15,90%	3 30%	2 18,18%	16 15,38%	3 23,07%	-	1 4,34%	20 13,98%
Shistosoma mansoni	4 10,25%	1 2,27%	-	-	5 4,80%	-	1 33,33%	3 13,04%	9 6,29%
Shistosoma haematobium	2 5,12%	-	-	-	2 1,92%	-	-	-	2 1,39%
Ankyslostomes	15 38,46%	16 36,36%	-	1 9,09%	32 30,86%	-	-	6 26,08%	38 26,86%
Anguillules	5 12,82%	5 11,36%	-	1 9,09%	11 10,57%	1 7,69%	-	-	12 8,39%
Ascaris	2 5,12%	5 11,36%	-	2 18,18%	9 8,65%	2 15,38%	-	1 4,34%	12 8,39%
Tricocéphale	6 15,38%	24 54,54%	2 20%	3 27,27%	35 33,65%	4 30,76%	2 66,66%	16 69,56%	57 39,86%
Giardia	-	-	3 30%	-	3 2,88%	1 7,69%	-	-	4 2,79%
Petite douve	-	1 2,27%	-	-	1 0,96%	-	-	-	1 0,69%
Oxyure	-	1 2,27%	1 10%	1 9,09%	3 2,88%	-	-	-	3 2,08%
Taenia saginata	-	-	-	-	-	2 15,38%	-	-	2 1,39%
Autres	6 15,38%	2 4,54%	2 20%	1 9,09%	11 10,57%	2 15,38%	-	-	13 9,08%

Par autres parasites nous entendons :

- chilomastix : 1 cas
- trichomonas vaginalis : 1 cas
- trichostrongylus : 2 cas
- pseudolimax : 1 cas
- entamoeba hartmani : 2 cas
- hymenelopsis nana : 5 cas
- iodamoeba butschlii : 1 cas

L'analyse de ce tableau nous amène à faire un certain nombre de constatations :

a) en premier lieu l'importance des "maladies des mains sales" dont 1 sujet parasité sur 2 est porteur, et dont le taux devrait baisser sous l'effet d'une action sanitaire à visée hygiénique.

b) le taux, en second lieu, largement inférieur de la bilharziose par rapport aux statistiques citées par GENTILINI (10) qui, à propos d'une étude de 5000 dossiers, mettait cette affection en tête des parasitoses diagnostiquées.

c) en troisième lieu, un pourcentage important d'ankylostomes (26,86%) sensiblement supérieur à celui trouvé par J.M. LOUARN (17) (23 %) à propos d'une étude de 1965 à 1970 sur le parasitisme chez les étudiants d'Outre-Mer à Toulouse. C'est là que prennent tout leur intérêt les mesures sanitaires mises en place afin d'éviter une possible extension de cette parasitose en France.

e) en quatrième lieu, le taux encore important des anguillules (8,39 %) mais par contre inférieur à celui trouvé par J.M. LOUARN (17) (12 %). Il serait peut-être hatif d'en tirer des conclusions trop optimistes, mais la comparaison de ces 2 chiffres n'en est pas pour autant peu rassurante.

f) en cinquième lieu, les taux d'infestation manifestement plus importants par rapport aux autres continents de l'Afrique et notamment de l'Afrique Equatoriale et de l'Afrique occidentale.

g) en sixième lieu, enfin, le faible pourcentage d'amibiases dépistées. Mais rappelons encore ici que l'amibiase sous sa forme minuta est absente de signes de souffrance physique, et ne motive donc pas de consultation en laboratoire de parasitologie. Le taux d'infestation de l'amibiase est donc probablement bien plus important.

f) Hyperéosinophilie

Nous avons recueilli les 140 éosinophilies déterminées par le laboratoire : 3 éosinophilies n'ont pas été déterminées.

Taux	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34
Nombre	64	38	21	5	7	4	1
Pourcentage	45,71	27,14	15	3,57	5	2,86	0,72

Nous pouvons donc constater le fort pourcentage de parasités dont le taux de l'éosinophilie est normale (45,71 %).

Seulement 27,15 % des sujets présentent une hyperéosinophilie nette, c'est-à-dire supérieure à 10 %.

Au total, si une hyperéosinophilie nette est en faveur d'une parasitose, une éosinophilie normale ne peut infirmer un diagnostic de parasitose.

C'est pourquoi, si la recherche de l'éosinophilie peut être utile, elle n'est pas suffisante dans le dépistage des affections parasitaires.

CHAPITRE IV

SYNTHESE ET MESURES SOUHAITABLES

I - DANGERS REPRESENTES PAR CE PARASITISME

Au terme de cette étude, le danger représenté par cette infestation parasitaire de sujets étrangers apparaît comme ne devant être ni mésestimé, ni surestimé.

En effet, si bon nombre de parasites ne peuvent se reproduire en France du fait des conditions climatiques et écologiques défavorables, il n'est pas moins certains (ankylostome, anguillule, amibe) qui, avec le concours de paramètres bien précis, seraient susceptibles de provoquer sinon de larges famblées épidémiques du moins une infestation suffisamment importante pour attirer l'attention des épidémiologistes.

En fait, le danger de contagion existe à deux niveaux :

- au niveau de la population française
- au niveau de l'étranger parasité.

A - Pour le Français

Pour la plupart des maladies parasitaires l'implantation endémique ne saurait être redoutée, car le cycle évolutif tropical qu'elles requièrent ne peut se boucler en pays tempéré : contre les autres, nos moyens de contrôle sanitaire représentent un bouclier efficace.

C'est dans cette optique qu'AUJOUAT écrivait : "il n'y a pas de quoi alarmer les français". (1)

B - Pour le parasité-étranger

En effet, ainsi que l'ont mis à jour nos statistiques, il s'avère qu'une forte proportion de la population migrante est polyparasitée.

Ce fait montre la très probable grande réceptivité de ces sujets vis à vis des parasites. Or, nous avons vu que le parasitisme endémique n'est pas l'appanage des pays d'Outre-Mer et que bon nombre de parasitoses sont implantées en France (tricocéphale, lamblia, oxyure, ascaris, taenia saginata, distomatose, toxoplasmose).

Il est donc permis de penser que les migrants sont des sujets susceptibles d'augmenter l'infestation parasitaire déjà établie.

II - INTERETS SOCIOLOGIQUES DU DEPISTAGE

Le portage chronique d'une parasitose est un facteur de diminution de la capacité de travail, d'absentéisme.

De plus, les petits signes éventuels qu'il entraîne est une entrave à l'adaptation des sujets à notre pays et les frais encourus par la Sécurité Sociale méritent que l'on porte remède à cet état de chose.

C'est dans cette optique que le dépistage prend toute sa signification, et le diagnostic d'une affection parasitologique doit, pour ces raisons, aboutir à un traitement efficace.

En fait, pour garder tout son intérêt, ce dépistage doit entrer dans le cadre d'une action médico-sociale visant à lutter contre les deux autres pathologies qui sont souvent intriquées à la pathologie d'importation chez le migrant, à savoir les pathologies d'adaptation et d'acquisition (5-9-10-13-14-21).

En effet, il est très compréhensible qu'un sujet parasité arrivant dans notre pays, souffrant du dépaysement créé par le changement de mode de vie, de civilisation, vivant dans des conditions d'hygiène insuffisante, est susceptible plus qu'un autre de contracter une des affections existant chez nous au premier rang desquelles vient la tuberculose.

III - MESURES SOUHAITABLES

Nous avons vu que les principales difficultés que rencontrent le dépistage et le traitement des affections parasitaires chez les étudiants

d'Outre-Mer, étaient essentiellement d'ordre psychologique et disciplinaire.

Or, des mesures coercitives visant à supprimer les secondes ne feraient qu'accroître les premières.

Là n'est donc pas la solution.

En fait, celle-ci semblerait résider en partie en une éducation sanitaire de ces étudiants ayant pour objectif une amélioration de leurs culture sanitaire et une compréhension de l'utilité et de l'intérêt de ce dépistage et de ce traitement.

Pour cela, il faudrait avant tout, bien entendu, leur expliquer qu'une parasitose, même si celle-ci n'entraîne aucun trouble, est une maladie comme une autre et, comme telle, est susceptible d'avoir des effets nocifs à court ou à long terme sur l'organisme.

L'intérêt de grands thèmes d'information sur l'hygiène, sur le dépistage, ne font aucun doute, mais la difficulté réside dans les moyens à mettre en oeuvre pour que ces données soient assimilées ou tout au moins perçues par les étudiants.

Et c'est là que les médecins, notamment les médecins de la MPU, et les associations d'étudiants étrangers, notamment lorsqu'y existent des étudiants en médecine, ont un rôle de premier plan à jouer.

Quant au travailleur migrant, il est évident que son éducation sanitaire devrait être faite par les médecins qui entrent en contact avec lui, et nomment bien entendu, les médecins du travail, qui devraient lui exposer les diverses composantes de la plus élémentaire des hygiènes.

Enfin, une intrication étroite existant, chez le travailleur migrant surtout, entre le milieu de vie et l'état pathologique, il serait de bon aloi de développer et coordonner les structures d'accueil qui, si elles sont nombreuses à Toulouse, n'ont qu'un faible potentiel d'action, d'assurer la salubrité et l'hygiène de l'habitat, d'intensifier les campagnes d'alphabétisation.

C O N C L U S I O N

L'étude de 1168 examens parasitologiques effectués à Toulouse sur une population de travailleurs migrants et d'étudiants originaires d'Outre-Mer nous amène à faire les constatations suivantes :

1) 38 % de la population examinée est infestée ;

2) Les parasites prédominants sont :

- tricocéphale
- ankylostome
- anguillule

3) Des mesures prophylactiques particulières sont donc à prendre afin d'empêcher l'implantation et la dissémination de ces deux derniers parasites en France.

4) 5,5 % seulement de la population étudiée ont subi des examens parasitologiques.

5) Le danger de contagion est tout de même minime.

De plus, sur cette pathologie d'importation, se greffent souvent une pathologie d'adaptation et une pathologie d'acquisition, l'ensemble concourant à diminuer les facultés physiques et intellectuelles du transplanté.

Au total, il s'ensuit que l'examen parasitologique systématique de tout migrant est une nécessité :

- non pas tant en raison des risques d'infestation et de dissémination parasitaire en France,
- que pour la santé du sujet lui-même.

C'est pourquoi, une législation sanitaire plus rigoureuse devrait régir ces examens, effectués dans un climat qui ne blesse pas la susceptibilité de l'intéressé, et associés à des mesures intensifiées médico-sociales, d'hygiène et d'information sanitaire.

B I B L I O G R A P H I E

- 1 - AUJALAT
Problèmes posés aux médecins par les brassages des populations
Immex 1967, p. 79 à 86
- 2 - BECQUET
Considérations sur le dépistage systématique des maladies parasitaires
intestinales d'importation
L'Evolution médicale 1968, 2
- 3 - J. BONNAUD
Direction régionale du travail et de la main-d'oeuvre. Echelon régional
de l'emploi.
Compte-rendu d'enquête : structures d'accueil des travailleurs étrangers
à Toulouse 1972, n° 3
- 4 - S. CARRE
La strongyloïdose humaine parasitose "d'implantation"
Thèse pour le doctorat en médecine. Toulouse 1968
- 5 - Comité Médical et Médico-Social d'Aide aux Migrants
La Santé des migrants
Collection Droit et Liberté
- 6 - J. M. DOBY
Résultats préliminaires de l'examen parasitologique systématique effectuée chez les étudiants de l'Université de Rennes originaires des régions chaudes du globe
Bulletin Social de Pathologie Exotique 1954, 57, p. 895-901
- 7 - J. P. EYNARD
Incidence des affections parasitaires tropicales chez les étudiants africains de Lyon
Thèse pour le doctorat en médecine. Lyon 1969
- 8 - J. FALGAYRAC-CHAPOULIE
La pathologie des Nord-Africains en France
Thèse pour le doctorat en médecine. Toulouse 1970
- 9 - M. GENTILINI
Pathologie du transplanté (migrant)
Concours Médical 26-VI-71

- 10 - M. GENTILINI
Aspects épidémiologiques actuels des migrants
Cahiers Médicaux de France XI, 1970, p. 57 à 70
- 11 - H. HARANT
Etat actuel de quelques maladies des pays chauds importées en Langue-
doc-Roussillon
Bulletin Social de Pathologie Exotique 1964, 57, p. 867-881
- 12 - HOARE
Réservoir hosts and naturel foci of human protozoal infections
Acta Tropica 1962, 19, p. 281-311
- 13 - Hommes et Migrations
Numéro double 823/824, 1972, p. 7-9-10-24
- 14 - M.C. JOURDAN
La pathologie des travailleurs immigrés en France
Thèse pour le Doctorat en Médecine, Toulouse 1973
- 15 - Journal Officiel de la République Française
Les étrangers. 1970, n° 1095
- 16 - LEVINE
Natural diseases and questions of parasitology
University of Illinois Press 1968, p. 483
- 17 - J.M. LOUARN
Le parasitisme chez les étudiants originaires des pays d'Outre-Mer
5 ans de surveillance dans l'Université de Toulouse
Thèse pour le Doctorat en Médecine, Toulouse 1970
- 18 - Médecine du Travail et Travailleurs Migrants
Rapports et commentaires de la journée nationale du 26-XI-1971.
Comité Français d'Education pour la Santé. Supplément au n° 177 de la
revue "La Santé et l'Homme", p. 5-7-8-56 à 60-76-81-82
- 19 - Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Population
1970 - ONI : sa mission, ses résultats
- 20 - H. OYONO
Dépistage des parasitoses chez l'étudiant africain noir transplanté à
Poitiers
Thèse pour le Doctorat en Médecine, Poitiers 1973

21 - ROBINEAU

Pathologie des migrants

Gazette des Hôpitaux, 1970, p. 790 à 794

22 - J. SCHNEIDER

Les maladies tropicales dans la pratique médicale courante

Masson Ed. 1962, Paris

